

Učinkovitost suvremenih pristupa u tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim drogama

Vindiš, Edita

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:592071>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)





Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

UČINKOVITOST SUVREMENIH PRISTUPA U TRETMANU
OVISNOSTI O PSIHOAKTIVNIM DROGAMA

Edita Vindiš

Zagreb, rujan 2019.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

UČINKOVITOST SUVREMENIH PRISTUPA U TRETMANU
OVISNOSTI O PSIHOAKTIVNIM DROGAMA

Student

Edita Vindiš

Mentor

prof.dr.sc. Ksenija Butorac

Komentor

doc.dr. sc. Tihana Novak

Zagreb, rujan 2019.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „Učinkovitost suvremenih pristupa u tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim drogama” i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Edita Vindiš

Zagreb, rujan 2019.

UČINKOVITOST SUVREMENIH PRISTUPA U TRETMANU OVISNOSTI O PSIHOAKTIVNIM DROGAMA

Edita Vindiš

Mentori: prof.dr.sc. Ksenija Butorac, doc.dr.sc. Tihana Novak

Program/modul: Socijalna pedagogija - Odrasli/Počinitelji kaznenih djela

Sažetak

Ovisnost o psihoaktivnim tvarima ozbiljan je javnozdravstveni problem, protiv kojeg se bori politikama prevencije te različitim tretmanskim pristupima. Stope zlouporabe droga svake godine sve su veće, kao i broj novih vrsta sredstava ovisnosti. Proporcionalno tome raste i broj novih pristupa tretmanu ovisnosti. Etablirani tretmanski programi kontinuirano se prate, evaluiraju te na temelju empirijskih spoznaja dalje razvijaju. Istraživanja učinkovitosti uglavnom idu u prilog provođenju svih poznatijih tretmanskih pristupa. Pozitivne učinke poput smanjenja učestalosti uzimanja droga, ali i poboljšanja u općem psihofizičkom funkcioniranju, dosljedno pokazuju pristupi poput kognitivno-bihevioralne terapije, sustava nagrade i kazne, programa 12 koraka te programa koji se usmjeravaju na više dimenzija korisnikove okoline. Suvremeno doba donosi razvoj i manje konvencionalnih vrsta tretmana. Nove tehnologije i dostignuća u području informatičkih znanosti donose računalno potpomognute vrste terapije, koje razvojem mobilnih uređaja postaju sve dostupnije. Također, radi se i na uvođenju drugačijih tehnika u tretman ovisnosti, poput imunoterapije te prakse mindfulness-a. Preliminarne studije pokazuju kako novi pristupi, pod određenim uvjetima te za početak u ulozi sekundarnog tretmana, pokazuju potencijal. Problem koji fenomen ovisnosti predstavlja te dokazana učinkovitost dostupnih tretmana nalaže kako se i dalje treba ulagati u razvoj učinkovitih, na dokazima utemeljenih intervencija, kao i u njihovo praćenje.

Ključne riječi: psihoaktivne tvari, ovisnost, tretman, učinkovitost, novi pristupi u tretmanu zlouporabe droga

EFFECTIVENESS OF MODERN APPROACHES TO DRUG ADDICTION TREATMENT

Editra Vindiš

Mentors: prof.dr.sc. Ksenija Butorac, doc.dr.sc. Tihana Novak

Programme/modul: Social Pedagogy – Adults/Offenders

Summary

Drug dependence is a serious public health problem, and the ways of dealing with it include prevention policies and various treatment approaches. Every year, substance abuse rates are increasing, as is the number of new types of drugs. Proportionally, the number of new treatment approaches is also getting higher. Established treatment programs are being continually monitored, evaluated and developed, based on empirical evidence. Effectiveness trials usually promote their implementation. Positive effects, such as reduction of drug use and improvement of psychosocial functioning, are being constantly delivered by approaches using cognitive-behavioural therapy, contingency management, Twelve Step Facilitation Therapy and focusing on multiple dimensions of patient's environment. Modern age also brings some less convenient approaches. With new technologies, programs such as Computer-delivered Cognitive-Behaviour Therapy are being developed. Moreover, some new techniques in addiction treatment are emerging, such as immunotherapy or mindfulness practice. Preliminary research shows their potential, under specific circumstances and for start, in a form of secondary treatment. Considering the knowledge of problematic nature drug dependence reflects, and proven effectiveness of established treatment approaches, it is visibly clear that further research and development of various interventions must be conducted.

Keywords: illicit drugs, addiction, treatment programs, effectiveness, new approaches to substance abuse

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. SVRHA, CILJEVI I METODE RADA	2
3. DEFINIRANJE OVISNOSTI.....	3
4. RAZVOJ OVISNOSTI	7
5. STRUKTURA I KRETANJE ZLOUPORABE DROGA U EUROPSKOJ UNIJI I SVIJETU	10
5.1. Kanabis.....	10
5.2. Kokain	11
5.3. MDMA	12
5.4 Amfetamin i metamfetamin	13
5.5 Opioidi.....	14
6. SUVREMENI PRISTUPI TRETMANU OVISNOSTI O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA ...	16
6.1 Farmakološki tretmani.....	16
6.2. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT).....	20
6.3. Sustav nagrade i kazne (<i>Contingency Management</i>)	23
6.4. Matrix model	25
6.5. Program 12 koraka	28
6.6. Obiteljske i bračne terapije.....	30
6.6.1. Multisistemska terapija.....	31
6.6.2. Multidimenzionalna obiteljska terapija	34
6.6.3. Funkcionalna obiteljska terapija.....	35
6.6.4. Bihevioralna bračna terapija	36
6.7. Novi pristupi tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i njihov potencijal.....	37

6.7.1. Imunoterapija.....	37
6.7.2. Kognitivno-bihevioralna terapija na računalu	39
6.7.3. Mobilne aplikacije za tretman ovisnosti o psihoaktivnim tvarima.....	40
6.7.4. Prevencija relapsa bazirana na <i>mindfulness</i> -u	42
7. TRETMAN OVISNOSTI O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA U REPUBLICI HRVATSKOJ	45
8. RASPRAVA I ZAKLJUČAK	48
LITERATURA	54

1. UVOD

Ovisnost o psihoaktivnim tvarima ozbiljan je javnozdravstveni problem od trenutka kada se ona prepoznala kao medicinski poremećaj. Izvješća pokazuju kako je oboljelih svake godine sve više (UNODC, 2019; EMCDDA, 2019). Osim porasta broja korisnika, veliki problem stvara i konstantno sintetiziranje novih tvari, kojima je teško ući u trag i pravovremeno prilagoditi politiku suzbijanja. Zloupotreba psihoaktivnih tvari, ovisno o vrsti droge, može izazvati ozbiljne poteškoće u psihofizičkom funkcioniranju osobe, od smanjenja opće produktivnosti do teških, kroničnih bolesti koje mogu imati i smrtni ishod. Osim osobe koja uzima drogu, pogođena je i njena uža i šira okolina, od obitelji do zajednice u kojoj živi. Na kraju, činjenica je da je fenomen ilegalnih droga plodno tlo za kriminalne aktivnosti, koje zahtijevaju odgovor nadležnih institucija. Iz navedenih razloga razumljivo je kako je neophodno ulaganje u politike prevencije, ali i razvoj pristupa tretmanu ovisnosti.

Najnovije spoznaje upućuju na zaključak kako tretmani ovisnosti s vremenom postaju sve prepoznatljiviji, usmjereniji te lakše dostupni. Ipak, nepovoljna je činjenica da se postojećim programima tretmana ne mogu izliječiti sve korisnike ili se ne može doprijeti do svih konzumenata psihoaktivnih tvari. Naime, usprkos desetljećima rada i istraživanja, postojeće vrste tretmana ovisnosti još uvijek nisu ponudile konačna rješenja u obliku ujednačenih i optimalno uspješnih metoda i/ili tehnika. Postoji uistinu širok spektar raznih pristupa tretmanu, od kojih svaki posjeduje svoju teorijsku utemeljenost, specifične metode i tehnike, načela te usmjerenost na specifične elemente ovog problema. U idealnom svijetu ulaganje maksimalnog napora u prevenciju ovisnosti bilo bi dostatno za njihovo rješavanje, no nažalost, to nije slučaj. Usprkos svim ovim argumentima, pitanje pružanja tretmana ovisnicima je i dalje u stanovitoj mjeri kontroverzno, budući da postoji još uvijek prisutan stav da je ovisnost isključivo posljedica vlastitog izbora pojedinca. Unatoč svemu navedenom, razvoj tretmanskih programa se svakodnevno i sustavno kreće u pozitivnom smjeru.

2. SVRHA, CILJEVI I METODE RADA

Kao što je vidljivo iz uvodnih napomena, univerzalno učinkovit tretman ovisnosti o psihoaktivnim tvarima kao takav u svijetu ne postoji, što struci i znanosti predstavlja ozbiljan problem na koji još uvijek nema primjerenih odgovora. S druge strane, postoji veliki broj različitih pristupa, od kojih svaki od njih ima svoje prednosti i nedostatke te može pružiti relativno pozitivne učinke za različite vrste populacija u različitim kontekstima. Stoga je svrha ovog rada dati širi pregled suvremenih pristupa tretmanu ovisnosti na temelju dostupne pregledne i istraživačke literature te publikacija i izvješća tijela nadležnih za bavljenje problematikom ovisnosti i tretmana. Specifični cilj ovog rada sastoji se u analizi i kritičkom osvrtu na rezultate recentnih empirijskih studija i provedenih evaluacija raznovrsnih tretmanskih programa kako bi se polučile zajedničke pozitivne komponente svakog od njih za budući razvoj odgovarajućih pristupa tretmanu ovisnosti.

Prije svega, uvodno se definira i elaborira konstrukt ovisnosti o psihoaktivnim tvarima s obzirom da je pojam "ovisnosti" u stručnoj i znanstvenoj literaturi još uvijek predmet rasprava. Potom se ukratko objašnjava neurobiološki učinak psihoaktivnih droga koji je uzrok poremećaja ovisnosti, kao i teorijska podloga razvoja ovisnosti. U zadnjem poglavlju uvodnog dijela prikazani su struktura i kretanje zlouporabe droga u Europskoj uniji i svijetu.

Glavni dio rada predstavlja najčešće korištene, suvremene i etablirane pristupe tretmanu ovisnosti o drogama kroz opis njihovih karakteristika i prikaz rezultata studija učinkovitosti. Istaknute su njihove prednosti i nedostaci te ciljane populacija. U tom kontekstu navedeni su i najnoviji pristupi tretmanu ovisnosti, njihove karakteristike te rezultati preliminarnih studija učinkovitosti iako ovi programi još uvijek nisu široko rasprostranjeni u Europi i svijetu. U zaključnom dijelu rada se problematizira opća učinkovitost suvremenih pristupa tretmanu o psihoaktivnim tvarima, kriteriji koji ju određuju, kao i specifičnosti koje ih čine uspješnima.

3. DEFINIRANJE OVISNOSTI

Definicija ovisnosti bila je predmetom brojnih rasprava od svojih početaka. Dok je pojam “ovisnost” stoljećima imao jednostavno, tradicionalno značenje - predati se nečemu ili biti intenzivno uključen u neku aktivnost, u 19. stoljeću je nastalo novo, restriktivnije značenje: od tada je povezivalo ovisnost uz štetne učinke upotrebe psihoaktivnih tvari koje dovode do pojave apstinencijske krize i tolerancije, a u novije doba sve se više teži potpunoj zamjeni ovog pojma sa “zloupotrebom psihoaktivnih tvari” (Alexander, Schweighofer, 1988).

Ovisnost je koncept kojem je teško postaviti točnu definiciju i zbog svojeg još uvijek nejasnog objašnjenja. Foddy i Savulescu (2010) navode dvije glavne pozicije suvremenih znanstvenih dostignuća: pogled na ovisnost kao na bolest i na ovisnost kao rezultat slabe snage volje. Istraživači koji ovisnost definiraju kao bolest tvrde kako je upotreba psihoaktivnih tvari izravni rezultat fizioloških promjena u mozgu, dok oni koji smatraju da je ovisnost samo posljedica nedovoljno snažne volje pojedinca da joj se odupre, tvrde kako ovisnik više nema sposobnost racionalnog mišljenja, stoga koristi droge kao rezultat nedobrovoljnog procesa. U nastavku slijedi pregled najvažnijih karakteristika ovisnosti koje se, iz više gledišta, smatraju uvjetima za dijagnozu postojanja ovisnosti o psihoaktivnim tvarima kod osobe.

Kod medicinske dijagnostike potrebno je zadovoljiti određeni broj uvjeta koji su standardizirani. Tako prema DSM-u 5, ovisnost o psihoaktivnim tvarima definira se kao poremećaj uzimanja psihoaktivnih tvari koji je skup kognitivnih, ponašajnih i fizioloških simptoma koji ukazuju na potrebu nastavka korištenja psihoaktivne tvari usprkos značajnim problemima vezanim uz uzimanje. Kriteriji za dijagnozu ovog poremećaja su sljedeći:

- 1) uzimanje psihoaktivne tvari dulje vremena nego što je potrebno.
- 2) neuspješno smanjivanje ili prestanak uzimanja psihoaktivne tvari usprkos želji za time.
- 3) provođenje značajne količine vremena u nabavljanju, korištenju ili oporavljanju od uzimanja psihoaktivne tvari.
- 4) postojanje žudnje za uzimanjem psihoaktivne tvari.
- 5) neuspjeh u ispunjavanju radnih, školskih ili društvenih obaveza radi korištenja psihoaktivne tvari.

- 6) nastavak korištenja, čak i kada uzrokuje problem u interpersonalnim odnosima.
- 7) zanemarivanje važnih društvenih ili rekreacijskih aktivnosti radi uzimanja psihoaktivne tvari.
- 8) ponavljajuće uzimanje u situacijama kada je to fizički opasno.
- 9) nastavak uzimanja unatoč spoznaji da su fizički ili psihički problemi mogli biti uzrokovani korištenjem psihoaktivne tvari.
- 10) pojava tolerancije, odnosno potreba za uzimanjem veće količine tvari radi postizanja istog efekta.
- 11) pojava simptoma sustezanja.

Za dijagnozu ovisnosti prema DSM-u 5 nije potrebno zadovoljiti sve ove uvjete, no broj onih koji jesu određuje ozbiljnost, odnosno razinu težine poremećaja. Dva do tri simptoma pokazuju blagi poremećaj, četiri do pet umjereni, dok šest ili više indiciraju teški oblik poremećaja upotrebe psihoaktivnih tvari.

Stručni radovi vrlo se često bave definirajućim karakteristikama ovisnosti te navode bez kojih se uvjeta ona ne može zvati ovisnošću. Na temelju proučavanja 52 studije Sussman i Sussman (2011) proizašlo je 5 glavnih elemenata definicije ovisnosti:

a) uključenost u ponašanja koja donose ugodu

Osobe se uključuju u ovisnička ponašanja koja su percipirana kao važna ili izuzetno ugodna, te često uključuju efekte koji se pojavljuju u kratkom vremenskom periodu te stvaraju želju za ponavljanjem. Ovaj proces se zatim nastavlja naglašavanjem kontrasta između ovisničkog stanja u kojem je razina uzbuđenja, emocija ili kognicije poboljšana i stanja kada su oni u nepromijenjenom obliku. Autori naglašavaju upravo značajnost definiranja ovisnosti kao procesa.

b) preokupacija ponašanjem

Idući element definicije je preokupacija ovisničkim ponašanjem, odnosno pretjerano učestale misli i žudnja za takvim ponašanjem, previše vremena utrošeno na planiranje i uključivanje u takvo ponašanje te, ponekad, oporavak od učinaka takvog ponašanja, a manje vremena provedenog u ostalim aktivnostima.

c) privremeno zasićenje

Treći element odnosi se na zasićenje, odnosno privremenu pojavu u kojoj, nakon uključenosti u ovisničko ponašanje, slijedi period u kojem žudnja nestaje na određeno vrijeme te se kasnije vraća. Autori naglašavaju kako ovaj koncept nije dovoljno istražen i da se u određenoj mjeri pronalaze slučajevi u kojima osoba uključena u ovisničko ponašanje neko vrijeme više ne doživljava period zasićenja, stoga se ovaj element ne treba biti uvjet za definiciju ovisnosti.

d) gubitak kontrole

Element s kojim se često susreće u definiranju ovisnosti jest gubitak kontrole nad sobom prilikom uključenosti u ovisničko ponašanje. On se manifestira kao nesposobnost predviđanja osobe kada će početi, kako će izgledati i kada će završiti uključenost u ovisničko ponašanje, usprkos postojanju želje za prestankom bavljenja takvom aktivnošću. Tijekom vremena, dakle, takvo ponašanje postaje sve češće pokretano automatizmom.

e) trpljenje negativnih posljedica

Zadnji element definicije ovisnosti je postojanje negativnih posljedica, poput društvene izoliranosti, financijskih gubitaka, narušavanja zdravlja ili smanjenog samopouzdanja. No, osobe usprkos tome i dalje ostaju uključene u ovisnička ponašanja, što se često smatra kriterijem postojanja ovisnosti kod nekoga. Ponekad su negativne posljedice i dodatni razlog za nastavljanjem ovisničkog ponašanja, primjerice, problem poput socijalne izolacije uzrokuje negativne emocije koje osobe potom pokušaju “riješiti”.

Prema American Society of Addiction Medicine¹, ovisnost se karakterizira na sljedeći način:

a) nesposobnost za dosljedno ustezanje,

b) nesposobnost samokontrole,

c) žudnja za drogom ili nagrađujućim iskustvima

d) smanjena sposobnost prepoznavanja problema u vlastitom ponašanju ili interpersonalnim vezama

e) disfunkcionalno emocionalno reagiranje.

¹ <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>

Iz navedenih elemenata definicija vidljivo je da je pojam ovisnosti kompleksan, multidimenzionalni konstrukt. Njeno određivanje, definiranje, a u konačnici i dijagnosticiranje kod neke osobe ovisi o različitim procesima koji se događaju unutar mozga, u ponašanju i interakcijama osobe s okolinom te posljedicama na psihofizičko zdravlje, a ne samoj radnji uporabe neke psihoaktivne tvari. U samom tretmanu važno je detaljno poznavati sve aspekte nečije ovisnosti, jer se jedino na taj način, sveobuhvatno, može učinkovito utjecati na izliječenje.

4. RAZVOJ OVISNOSTI

Još jedno problemsko pitanje oko koncepta ovisnosti o psihoaktivnim tvarima jest njen nastanak. Svako poboljšanje u shvaćanju tog procesa uvelike bi pomoglo pri napretku postojećih vrsta tretmana ovisnosti te pri kreiranju novih. Oko tog pitanja postoji nebrojeno mnogo teorija, no postoji opće slaganje oko toga da je ovisnost produkt više različitih dimenzija. Poznato je da neće svatko tko uzme neku drogu postati ovisan o njoj, no još uvijek se spekulira o tome što točno čini razliku između čovjeka koji razvije ovisnost i onoga koji ju ne razvije. Na to, naravno, utječu vanjski i unutarnji čimbenici te statični i dinamički čimbenici, poput nečijeg karaktera, stupnja samokontrole, dobi prvog uzimanja droge, genetike, obiteljskog okruženja, socioekonomskog statusa ili fizičkog okruženja, a oni svi služe kao dodatna stimulacija uz procese koji se odvijaju u neurološkom sustavu djelovanjem psihoaktivnih tvari.

West i Brown (2013) navode najčešće teorije kojima se pokušava objasniti razvoj ovisnosti: 1) *teorije učenja*: stvaranje ovisnosti temelji se na učenju asocijacija između vanjskih podražaja, ponašajnih odgovora te potkrepljenja ponašanja; 2) *teorije nagona*: ovisnost uključuje stvaranje snažnih nagona koje podupiru homeostatski mehanizmi; 3) *teorije socijalnog učenja*: ovisnost uključuje ili barem započinje s imitacijom ponašajnih obrazaca i asimilacijom ideja i identiteta; 4) *teorije racionalnog izbora*: ovisnost proizlazi iz racionalnog izbora koji preferira pozitivne učinke ovisničkog ponašanja nad njegovim štetnim efektima; 5) *teorije "pristranog" izbora*: ovisnost se pokreće barem jednim dijelom iz utjecaja emocionalnih i drugih sklonosti prema kojima će se odlučiti hoće li se ili neće uključiti u ovisničko ponašanje; 6) *teorije nagrađivanja*: ovisnost nastaje iz ugone i zadovoljstva koju ovisničko ponašanje pruža; 7) *teorije stečenih potreba*: ovisnost proizlazi iz razvoja fizioloških ili psiholoških potreba koje su rezultat uključivanja u ovisničko ponašanje, a koje se potom zadovoljavaju nastavkom ovisničkog ponašanja; 8) *teorije postojećih potreba*: ovisnost proizlazi iz uključivanja u ponašanja koja zadovoljavaju važne, otprije postojeće potrebe; 9) *teorije identiteta*: ovisnost proizlazi ili je barem jednim dijelom održavana aspektima nečijeg identiteta; 10) *teorije samoregulacije*: ovisnost proizlazi iz neuspješnih strategija, vještina i kapaciteta samokontrole za borbu s impulsima i žudnjama koje su temelj ovisničkog ponašanja; 11) *integrativne teorije*: ovisnost uključuje širok spektar procesa koji mogu uključivati različite

processe za različita ponašanja, populacije, kontekste i pojedince; 12) *teorije promjene*: inicijalno uključivanje u ovisničko ponašanje, razvoj ovisnosti, pokušaji oporavka te uspjesi i neuspjesi u njima uključuju različite procese koji mogu biti pod utjecajem različitih intervencija; 13) *biološke teorije*: ovisnost je primarno bolest mozga, u kojoj neuronski putevi postanu poremećeni i određeni motivacijski procesi postaju pojačani kao rezultat interakcije između ovisničkog ponašanja i njegovog utjecaja na mozak; 14) *teorije društvenih utjecaja*: uključivanje ili izlazak iz ovisničkog ponašanja ovisi o društvenim vezama između pojedinaca koji jesu ili nisu promotori takvog ponašanja, kao i prirodi tih odnosa; 15) *ekonomski modeli*: prevalencija, incidencija i stopa ovisničkih ponašanja ovisi o trenutnim i budućim financijskim i ostalim troškovima vezanim uz određeno ovisničko ponašanje i/ili posve suprotno (npr. prosocijalno) ponašanje.

Bihevioristički pristupi imaju dugu povijest uključenosti u objašnjavanje ovisničkog ponašanja. Klasično (Pavlovljevo) uvjetovanje odnosi se na uparivanje neutralnih podražaja s nezavisnim podražajima koji izazivaju nezavisni odgovor te na taj način ovi neutralni postaju zavisni podražaji jer počinju izazivati jednak odgovor, koji se sada naziva zavisni podražaj. Ova vrsta uvjetovanja može se primjeniti i na uporabu psihoaktivnih tvari. Primjerice, promotivni sadržaj koji se odnosi na alkohol ili cigarete uglavnom spaja te proizvode sa slikama na kojima prevladavaju pozitivne emocije. Na taj način ljudski mozak stvara asocijaciju između tog proizvoda i pozitivne emocionalne reakcije na samu reklamu. Također, kod ovisnika o psihoaktivnim tvarima, sam pogled na opremu za uzimanje ili provođenje vremena na mjestima gdje su prije uzimali drogu, stvara žudnju za ponovnim uzimanjem. Neurobiološki gledano, osnova ovih asocijacija jest izlučivanje dopamina (WHO, 2004).

Postoji više pojmova koji se odnose na bihevioralno uvjetovanje određenih ponašanja, među kojima je i korištenje psihoaktivnih tvari. Pojam *nagrade* se u kontekstu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima odnosi na učinke korištenja tih tvari koji donose osjećaj ugone. Općenito govoreći, nagrade se odnose na bilo kakav pozitivan stimulans koji pridonosi većim mogućnostima za realizaciju određenog ponašanja. No, iako se najčešće droge i uzimaju radi svojeg ugodnog djelovanja, ova komponenta ne može objasniti cjelokupni proces stvaranja ovisnosti (Robinson, Berridge, 2000).

Idući pojam koji se dovodi u vezu sa stvaranjem ovisnosti jest *poticaj*, odnosno neki stimulans koji izaziva određeni odgovor u cilju stjecanja nekog željenog objekta ili stanja (poput hrane ili

korištenja psihoaktivne tvari). On je, dakle, suprotan od nagrade i potkrepljenja na način da služi kao premisa, ono što vodi do ponašanja, nasuprot potkrepljenju koje slijedi nakon ponašanja. Poticaji se dovode u vezu s motivacijom, jer imaju dvije značajke. Prva je, kao što je već opisano, izazivanje odgovora koji skreće pažnju i usmjerava ponašanje prema stjecanju onoga na što nas stimulans navodi. Druga je pokretanje samog motivacijskog procesa u mozgu, koji učeći koja ponašanja dovode do stjecanja najpoželjnije nagrade, također usmjeravaju djelovanje osobe.

Svi ovi procesi imaju korijen u mezolimbickom dopaminskom sustavu i rade zajedno kako bi usmjerile ponašanje prema dostizanju ciljeva (WHO, 2004). Razne psihoaktivne tvari možda imaju različite kemijske sastave, no ono što im je zajedničko je upravo poticanje izlučivanja neuroprijenosnika dopamina, koji ima glavnu ulogu u sustavu nagrađivanja mozga. Regija u mozgu u kojoj se izlučivanje dopamina smatra glavnim medijatorom pojačavanja učinaka raznih stimulansa (poput droga) naziva se *nucleus accumbens* (Winger, Woods, Galuska, Wade-Galuska, 2005).

Koob i Moal (2008) navode kako ovisnost o psihoaktivnim tvarima karakterizira poremećaj kontrole impulsa i kompulzivni poremećaj. Poremećaj kontrole impulsa praćen je povećanim osjećajem napetosti i uzbuđenja prije obavljanja impulzivnog čina, zadovoljstvom ili olakšanjem za vrijeme tog čina, a poslije njega može (ali i ne mora) se javiti osjećaj kajanja i krivnje. Kompulzivni poremećaji su, u kontrastu, karakterizirani osjećajima stresa i anksioznosti prije obavljanja kompulzivnog čina, te olakšanja od stresa nakon njega. Kako se osoba kreće iz impulzivnog poremećaja prema kompulzivnom, nastaje promjena iz pozitivnog potkrepljenja ka negativnom potkrepljenju motiviranog ponašanja (Koob, 2004). Ovisnost o psihoaktivnim tvarima Koob i Moal (2008) koncipiraju kao poremećaj koji prelazi iz impulzivnosti prema kompulzivnosti/impulzivnosti u ciklusu ovisnosti sastavljenom od tri faze: 1) preokupacija/anticipacija, 2) prekomjerna intoksikacija, te 3) povlačenje/negativne posljedice.

5. STRUKTURA I KRETANJE ZLOUPORABE DROGA U EUROPSKOJ UNIJI I SVIJETU

Prema *World Drug Report* UNODC-a iz 2019. godine, procjenjuje se da je u 2017. godini 271 milijun odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine) probalo droge bar jednom u protekloj godini, što je 5.5% svjetske populacije. 2009. godine taj je postotak iznosio 4.8%, što pokazuje trend rasta broja konzumenata. Podaci pokazuju višu prevalenciju korištenja opioida u Africi, Aziji Europi i Sjevernoj Americi, dok se upotreba kanabisa povećava u Sjevernoj Americi, Južnoj Americi i Aziji. Posljednjih desetak godina primjećen je porast tržišta sintetičkih droga i ne-medicinska upotreba propisanih lijekova. Također, u posljednjih nekoliko godina je sintetizirano na stotine novih psihoaktivnih tvari. Većina su stimulansi, nakon kojih slijede kanabinoidi i opiodi, te ih karakteriziraju nepredvidljive i prilično štetne posljedice, uključujući smrtne ishode (UNODC, 2019).

Prema EMCDDA (2019), procjena je da je otprilike 96 milijuna (29 %) odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine) u Europskoj uniji barem jednom koristilo nezakonite droge tijekom života. Muškarci su češći konzumenti (57,8 milijuna) nego žene (38,3 milijuna). Najčešće korištena droga tijekom života jest kanabis (55,4 milijuna muškaraca i 36,1 milijun žena), na drugom mjestu je kokain (12,4 milijuna muškaraca i 5,7 milijuna žena), trećem MDMA (9,3 milijuna muškaraca i 4,6 milijuna žena) i četvrtom amfetamin (8,3 milijuna muškaraca i 4,1 milijun žena). Što se tiče ekstrema među pojedinim državama članicama EU, najniža stopa korištenja među odraslim osobama je na Malti (4 %), a najviša u Francuskoj (45 %). Kod mlađe populacije (u dobi od 15 do 34 godine) se procjenjuje da je 19,1 osoba tijekom prethodne godine konzumiralo droge (16 %), od kojih je broj muškaraca dvostruko veći od broja žena (EMCDDA, 2019).

5.1. Kanabis

Kanabis je, kao što je već navedeno, najčešće konzumirana nezakonita droga, i predmet je najvećeg broja rasprava o njenoj legalizaciji radi tvrdnji o njegovoj terapijskoj vrijednosti. U nekim

zemljama, poput Kanade i Urugvaja, ova prirodna droga, koja dolazi u obliku sušenog lišća i smole, potpuno je legalizirana u medicinske i rekreacijske svrhe, dok neke zemlje dopuštaju prodaju i upotrebu na mjestima s posebnom dozvolom (poput Nizozemske). U velikom broju država je posjedovanje manje količine kanabisa dekriminalizirano.

U svijetu se procjenjuje da je u 2017. godini 188 milijuna ljudi probalo kanabis, što je 3.8% svjetske populacije između 15 i 64 godine. Godišnja prevalencija kanabisa najviša je u Sjevernoj Americi (13.8%). 2010. godine, a njegova upotreba je procijenjena kao stabilna ili u padu u državama gdje je uspostavljeno tržište kanabisom. No, dok je u zapadnoj i središnjoj Europi upotreba stabilna, zapažen je značajan porast u Sjevernoj i Južnoj Americi te Africi i Aziji (UNODC, 2019).

U Europskoj uniji je, procjenjuje se, 91,2 milijuna odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 27,4 % te dobne skupine, barem u jednom trenutku života probalo kanabis. Među njima je oko 17,5 milijuna mlađih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine) ili je 14,4 % te dobne skupine tijekom prethodne godine konzumiralo kanabis. Najveća stopa prevalencije među mladima je u Francuskoj, a najmanja u Mađarskoj. Broj muškaraca među mladima je dvostruko veći od broja žena kad je u pitanju konzumacija kanabisa u protekloj godini. U većini zemalja EU razina uporabe među mlađim osobama ostala je jednaka ili se povećavala. (EMCDDA, 2019). U EU je prosječna dob prve uporabe 17 godina, a dob prvog javljanja u tretman radi ovisnosti o ovoj drogi je 25 godina. Tijekom 2017. približno 155 000 osoba uključeno je u tretman ovisnosti u Europi zbog problema povezanih s uporabom kanabisa (EMCDDA, 2019).

5.2. Kokain

Kokain je nezakonita stimulativna droga koja dolazi u dva oblika - kokain hidroklorid u prahu koji se šmrče ili ubrizgava, te crack kokain koji se puši. Postoji značajna razlika među konzumentima po načinu konzumacije. Naime, kokain šmrkanjem uzimaju većinom društveno integrirani konzumenti, dok pušenjem ili ubrizgavanjem to rade uglavnom marginalizirani konzumenti. Ova droga je najčešće korišteni ilegalni stimulans na svijetu.

Godišnja prevalencija na svjetskoj razini u 2017. godini procijenjen je a na 18.1 milijun odraslih osoba u dobi od 15 do 64 godine, što iznosi 0.4% svjetske populacije. Najveći broj konzumenata je u Oceaniji (2.2%), Sjevernoj Americi (2.1%) i u zapadnoj i središnjoj Europi (1.3%). Trendovi 2010. godine su se pokazali stabilnima u središnjoj Americi, Južnoj Americi te Europi, dok se silazni trend korištenja kokaina događa u Sjevernoj Americi. (UNODC, 2019).

Procjenjuje se da je u Europskoj uniji 18,0 milijuna odraslih osoba u dobi od 15 do 64 godine (5,4 %), barem u jednom trenutku života probalo kokain. Među njima je oko 2,6 milijuna mlađih odraslih osoba u dobi od 15 do 34 godine (2,1 %) koji su konzumirali kokain tijekom prethodne godine. Većina osoba koje su uključene u specijalizirani tretman zbog problema povezanih s uporabom kokaina bile su konzumenti kokaina u prahu kao primarne droge (55 000 ili 14 % svih konzumenata u 2017.). Najveći dio konzumenata kojima je kokain primarna droga zatražio je tretman zbog uporabe samo te droge (46 % svih konzumenata uključenih u tretman zbog uporabe kokaina u prahu) ili ove droge u kombinaciji s kanabisom (20 %), alkoholom (23 %) ili drugim tvarima (10 %) (EMCDDA, 2019).

5.3. MDMA

MDMA (3,4-metilenedioksimetamfetamin) se konzumira u obliku tableta (ulični nazivi su *Ecstasy* i *Molly*) te u obliku kristala i u prahu. MDMA je sintetička psihoaktivna droga koja ima sličnosti sa stimulansom amfetaminom, ali i s halucinogenom meskalinom. Svoju popularnost je isprva zadobio među mladim osobama u uobičajenim okruženjima za noćnu zabavu, no danas se proširio na širi spektar konzumenata.

Godišnja prevalencija upotrebe MDMA-a je procijenjena na 21.3 milijuna ljudi na svjetskoj razini, što je 0.4% svjetske populacije. Najviše stope bilježe se u Oceaniji (2.2%), u zapadnoj i središnjoj Europi (0.9%) i Sjevernoj Americi (0.9%). Oblici MDMA su se umnožili, te tako postoji više vrsta praha, s različitom razinom čistoće te kristalnih formi (UNODC, 2019).

Procjenjuje se da je u Europskoj uniji 13,7 milijuna odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine), odnosno 4,1 %, u nekom trenutku života uzelo MDMA. Noviji brojčani podatci pokazuju da je

2,1 milijun mlađih odraslih osoba (u dobi od 15 do 34 godine) konzumiralo MDMA prethodne godine (1,7 % te dobne skupine), pri čemu se stope u pojedinim državama članicama EU kreću od 0,2 % u Portugalu i Rumunjskoj do 7,1 % u Nizozemskoj. Stope prevalencije za mlađe osobe, u dobi od 15 do 24 godine više su, odnosno procjenjuje se da je MDMA tijekom prethodne godine konzumiralo 2,3 % (1,3 milijuna) osoba. Pokazalo se da u zemljama s višom stopom prevalencije MDMA ne predstavlja drogu koja se povezuje samo s određenom supkulturom i koja je ograničena na zabave i *rave partyje*, već ga počinje koristiti sve veći broj mladih osoba u bilo kojem okruženju karakterističnom za noćnu zabavu i društvena okupljanja.

Uporaba MDMA-a rijetko se navodi kao razlog za započinjanje specijaliziranog tretmana ovisnosti. Tijekom 2017. uzimanje MDMA prijavilo je manje od 1 % osoba koje su prvi put uključene u tretman u Europi, od čega ih je većina, 68 % u Francuskoj, Mađarskoj, Ujedinjenoj Kraljevini i Turskoj (EMCDDA, 2019).

5.4 Amfetamin i metamfetamin

Amfetamin i metamfetamin su dvije usko povezane stimulativne tvari, no amfetamin se konzumira mnogo češće. Obje droge mogu se uzimati na usta ili kroz nos, a u nekim zemljama intravenska uporaba čini velik dio problema povezanih s njom. Procjenjuje se da je u Europskoj uniji 12,4 milijuna odraslih osoba u dobi od 15 do 64 godine (3,7 % te dobne skupine) u nekom trenutku života probalo neki oblik amfetamina. Noviji brojevi podaci o uporabi među mlađim odraslim osobama u dobi od 15 do 34 godine pokazuju da je u toj skupini 1,3 milijuna (1,0 %) osoba koje su tijekom prethodne godine konzumirale amfetamin, a najnovije procjene prevalencije na nacionalnoj razini kreću se od nule u Portugalu do 3,9 % u Nizozemskoj. O početka ovog stoljeća u većini europskih zemalja je zabilježeno relativno stabilno stanje u području uporabe amfetamina.

U 2017. godini procijenjeno je da je 28.9 milijuna odraslih osoba u dobi od 15 do 64 godine koristilo amfetamine, odnosno 0.6% svjetske populacije. U odnosu na 2016., kada je zabilježeno 34.2 milijuna, razlika je značajna. Ova pojava se objašnjava boljim razumijevanjem upotrebe amfetamina. Najveća godišnja prevalencija uporabe je u Sjevernoj Americi (2.1%) i Oceaniji (1.3%). (UNODC, 2019)

Kod oko 30 000 konzumenata, koji su 2017. uključeni u specijalizirani tretman ovisnosti u Europi, amfetamini su primarna droga, a za njih 12 000 je to bilo prvo uključivanje u tretman. Konzumenti kojima su primarna droga amfetamini čine 15 % ili više osoba koje su prvi put uključene u tretman u Njemačkoj, Latviji, Poljskoj i Finskoj, a uzlazni trend zabilježen je u Njemačkoj nakon 2009. Osobe koje su prvi put uključene u tretman, a naveli su uporabu metamfetamina kao primarne droge, prevladavaju u Češkoj, Slovačkoj, Poljskoj i Turskoj, odakle potječe 88 % od 5 000 konzumenata metamfetamina uključenih u specijalizirani tretman (EMCDDA, 2019).

5.5 Opioidi

Iako nisu najčešće korištena skupina droga, opioidi predstavljaju značajan problem radi ozbiljnih štetnih posljedica povezanih s njihovom uporabom. 2017. je uporaba opioida bila uzrokom 66% smrti povezanih sa zloupotrebom droga (UNODC, 2019). Heroin je u Europi najčešći nezakoniti opioid, a može se unositi pušenjem, ušmrkavanjem ili intravenskim putem. Osim njega, zloupotrebljava se i niz drugih sintetičkih opioida, kao što su metadon, buprenorfin i fentanil, koji su često korišteni kao supstitucijska farmakoterapija u tretmanu ovisnosti o heroinu. Tijekom posljednjih godina utvrđene su sve starije skupine visokorizičnih konzumenata opioida, a pretpostavlja se da su bili u kontaktu sa službama za supstitucijsku terapiju. Stopa prevalencije visokorizične uporabe opioida među odraslim osobama (od 15 do 64 godine) procjenjuje se na 0,4 % ukupnog stanovništva EU-a, što je jednako brojcima od 1,3 milijuna visokorizičnih konzumenata opioida tijekom 2017. Od 12 zemalja u kojima se redovito procjenjivala stopa visokorizične uporabe opioida između 2008. i 2017., u Grčkoj, Malti, Sloveniji i Španjolskoj zabilježeno je statistički važno smanjenje, dok je u Češkoj i Irskoj (do 2014.) zabilježen značajan porast.

Broj odraslih osoba (u dobi od 15 do 64) u 2017. koji su u protekloj godini koristili opioide procijenjen je na 53.4 milijuna ljudi na svjetskoj razini, što je 1.1% svjetske populacije. Ta brojka je 56% veća od one iz 2016. godine, kada je konzumenata bilo 34.3 milijuna, no ona se objašnjava boljim razumijevanjem opsega upotrebe droge. Regije s najvećom prevalencijom upotrebe opioida

su Sjeverna Amerika (4%), Oceanija (3.3%), Bliski i Daleki Istok te jugozapadna Azija (2.3%) i južna Azija (1.8%). (UNODC, 2019)

Tijekom 2017. opioide kao primarnu drogu radi koje su ušli u specijalizirani tretman ovisnosti, prijavilo je 171 000 konzumenata, odnosno 35 % osoba u Europi. Konzumenti kojima je heroin primarna droga činili su 78 % konzumenata kojima je primarna droga opioid i koji su prvi put uključeni u tretman ovisnosti, a taj broj pokazuje smanjenje od 4 700 konzumenata ili 17 % u odnosu na prethodnu godinu. Prema dostupnim podacima o trendovima, broj konzumenata koji su prvi put uključeni u tretman ovisnosti o heroinu smanjio se za više od polovine u odnosu na najvišu vrijednost 2007., sve do najniže razine 2013., a tijekom posljednjih nekoliko godina stabilizirao se. Sve se više zloupotrebljavaju zakoniti sintetički opioidi (kao što su metadon, buprenorfin i fentanil). U 19 europskih zemalja, više od 10 % svih konzumenata opioida koji su 2017. započeli sa specijaliziranim programom zatražilo je tretman upravo zbog problema koji su se odnosili na opioide koji nisu heroin (EMCDDA, 2019).

6. SUVREMENI PRISTUPI TRETMANU OVISNOSTI O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA

Ovo poglavlje predstavlja pregled i evaluacije etabliranih, široko korištenih tretmana ovisnosti o psihoaktivnim tvarima temeljenih na dokazima. Svaki od njih ima svoje teorijsko polazište, namijenjen je određenoj populaciji i specifičnom cilju. Neki od njih, poput farmakološke terapije, najbolje funkcioniraju kao zaseban dio tretmana kada su u pitanju heroinski ovisnici, dok neki od njih uključuju širok spektar korisnikova života. Također, daje se uvid u pojavu novih pristupa, temeljenih na modernim tehnologijama te se raspravlja o njihovom potencijalu u budućnosti. Dakako, postoji još značajan broj vrsta tretmana, koje ovaj rad nije uspio obuhvatiti, a bitno je naglasiti kako proces istraživanja, učenja i stvaranja novih programa kontinuirano napreduje.

6.1 Farmakološki tretmani

Tretman održavanja na supstitucijskoj terapiji je najšire korišten tretman ovisnosti o opijatima (Riksheim, Gossop, Clausen, 2014). Iako postoje pojedinci koji uspiju prestati koristiti heroin, dostupni podaci ukazuju na činjenicu da je, ipak, za većinu osoba koje razviju ovisnost o heroinu i uključe se u tretman, ovisnost kronični problem povezan s čestim recidivima, ozbiljnim zdravstvenim rizicima i socijalnom izolacijom (Bell, Zador, 2000). Pretpostavka ovog tretmana je smanjenje negativnih zdravstvenih i socijalnih poteškoća s kojima se opijatski ovisnici susreću, uz zadovoljavanje potrebe za fiziološkim učincima koje im je droga donosila. Najčešće korištena terapija u tretmanu ovisnosti o opijatima je metadon kao sintetski opioid, a nakon njega buprenorfin ili kombinacija buprenorfin-nalokson (Subutex). Racionala farmakoloških terapija ovisnosti o opijatima sastoji se od sljedećih ciljeva (Kreek, 2000):

1. preveniranje simptoma apstinencije;
2. smanjivanje žudnje koja doprinosi i može voditi recidivu;
3. normaliziranje fizioloških funkcija, koje mogu biti poremećene uslijed kronične upotrebe psihoaktivnih tvari.

Održavanje na metadonu intervencija je koja je nastala 1964. godine uslijed godina rada i istraživanja (Ball i Ross, 1991). Ona je bila prva široko rasprostranjena supstitucijska terapija za ovisnost o heroinu i ostala je najistraživaniji tretman te vrste (Mattick i sur., 2009). Kriteriji za ulazak u tretman su u početku bili sljedeći: četiri godine ovisnosti o heroinu, prijašnji neuspješan tretman ovisnosti, dobrovoljnost korisnika za tretman, dob viša od 19 godina, primarna ovisnost o opijatima te odsutnost psihijatrijskih bolesti i većih medicinskih komplikacija. Također, tretman se isprva sastojao od dva dijela: bolničkog, gdje su ovisnici dobivali dnevnu dozu metadona i bili svakodnevno evaluirani te ambulantnog, gdje je liječenje nastavljeno (Ball, Ross, 1991).

Prve studije učinkovitosti ove terapije pokazale su se obećavajućom, uz zabilježeno održavanje pacijenata, smanjenje kriminalnih aktivnosti te poboljšanu socijalnu rehabilitaciju (Ball, Ross, 1991). No, problemi su se počeli pojavljivati već sedamdesetih godina kada je došlo do velikog širenja terapije metadonom, koja je tada, od medicinski strogo supervizirane terapije za ovisnike o heroinu, postala široko rasprostranjena vrsta tretmana za bilo koje vrste ovisnika. Bez obzira na to, ova terapija je još uvijek predmet rasprava o svojoj učinkovitosti (Mattick i sur., 2009). U nastavku slijedi prikaz najvažnijih karakteristika učinka heroina i metadona, koji predstavlja temelj ovog tretmana (Kreek, 2000).

Tablica 1: Usporedba djelovanja heroina i metadona kod ovisnika koji su razvili toleranciju

	Heroin	Metadon
Način unošenja	intravenozno	oralno
Početak učinka	odmah	nakon 30 minuta
Trajanje učinka	3-6 sati	24-36 sati
Trajanje euforije	prvih 1-2 sata	nema
Simptomi sustezanja	nakon 3-4 sata	nakon 24 sata

Izvor: Kreek, M. J. (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction: History, recent molecular and neurochemical research, and future in mainstream medicine. U: Glick, S.D. i Maisonneuve, I.M. (Ur.): Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 909. New medications for drug abuse. New York: New York Academy of Sciences.

Doziranje metadona provodi liječnik, ovisno o željenim terapijskim ishodima te obilježjima ovisnika. Tako se u Republici Hrvatskoj provode četiri vrste programa tretmana ovisnika metadonom (Smjernice za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom²):

1. kratka detoksifikacija (olakšavanje apstinencijskog sindroma postupnom redukcijom metadona kroz mjesec dana);
2. spora detoksifikacija (olakšavanje apstinencijskog sindroma postupnom redukcijom metadona kroz razdoblje od jednog do 6 mjeseci);
3. kratko (privremeno) održavanje (ista dnevna doza metadona koja se ne mijenja kroz razdoblje od 6 mjeseci);
4. dugotrajno održavanje (primjena odgovarajućih doza metadona kroz razdoblje dulje od 6 mjeseci).

Maeyer i sur. (2011) istraživali su kvalitetu života ovisnika o opijatima 5 godina nakon što su započeli terapiju metadonom. Općenito, ovisnici su izvještavali o niskoj razini kvalitete života. Bili su najnezadovoljniji u područjima financija i obiteljskih veza te stanovanja, negativnog samopouzdanja i samoispunjenja (u smislu ispunjavanja životnih ciljeva). Manji broj ispitanika naveo je lošu zdravstvenu situaciju, tek četvrtina od uzorka. Također su uspoređena dva uzorka, od kojih su jedan činili ispitanici koji su unutar zadnjih mjesec dana koristili heroin i drugi koji to nisu. Značajna razlika je pronađena jedino u području financija, a kvaliteta u ostalim životnim područjima bila je na podjednakoj razini. Kao i u velikom broju istraživanja prije ovoga, rezultati su pokazali da komorbiditet ovisnosti i psihijatrijskih bolesti dodatno značajno snižava kvalitetu života.

Buprenorfin, opioid koji je kombinirani agonist i antagonist, svoj je početak u medicini imao kao lijek za kratkoročni tretman umjerene do jake boli. Devedesetih godina prošlog stoljeća postao je alternativa metadonu u tretmanu ovisnosti o opijatima te je kroz godine postao česta preferencija liječnika i ovisnika (EMCDDA, 2005).

Meta-analizom 24 studije zaključeno je kako i metadon i buprenorfin pružaju učinkovit tretman za ovisnost o opijatima, no buprenorfin, u nekim dozama, pokazuje ipak manju učinkovitost

²http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231219_EN_HR01_Guidelines%20for%20methadone%20treatment-1.pdf

(Mattick i sur., 2008). Unatoč tome, propisivanje buprenorfina u nekim zemljama rapidno raste. U Francuskoj je već dugo vremena najčešće korištena terapija, u Norveškoj je udio korisnika buprenorfina kao supstitucijske terapije porastao s 16% na preko 50% u samo 9 godina, u Ujedinjenom Kraljevstvu s 1% na 16%, u Sjedinjenim Američkim državama također raste, no tamo je njegovo korištenje i dalje neuobičajeno (Green i sur., 2014).

Iako metadon pokazuje veću generalnu učinkovitost za prestanak ovisnosti, buprenorfin ima brojne prednosti koje se tiču dobrobiti samih korisnika. Smjernice za farmakoterapiju opijatskih ovisnika buprenorfinom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske³ navode sljedeće prednosti:

- visoke doze buprenorfina nisu povezane s većim rizikom od predoziranja, za razliku od metadona;
- često nije potrebno povećavati dozu tijekom terapije jer buprenorfin znatno rjeđe dovodi do pojave tolerancije;
- apstinencijska kriza kod prestanka uzimanja buprenorfina znatno je blaža nego kod metadonske terapije;
- buprenorfin može pomoći pri potpunom odvikavanju i korisnicima koji su u programu odvikavanja na metadonu;
- buprenorfin se može uzimati tri puta tjedno, što smanjuje učestalost odlaska kod liječnika i unaprjeđuje ovisnikovu rehabilitaciju i socijalnu integraciju;
- s obzirom na do sada nabrojene prednosti, buprenorfin bi u odnosu na metadon bio bolje prihvaćen od strane liječnika i samih ovisnika, što bi moglo utjecati na povećanje broja korisnika tretmana.

Mattick i sur. (2009) proveli su meta-analizu svih do tada provedenih istraživanja koja su uspoređivala učinke tretmana održavanja na metadonu i placebo tretmana. Rezultati su pokazali da je ova terapija zaista efikasnija u zadržavanju pacijenata u tretmanu, u usporedbi s alternativama koje ne uključuju psihofarmake, kao što su placebo tablete, detoksifikacija ili jednostavno bilo koja druga vrsta tretmana bez korištenja supstituta, te je dokazano i smanjenje uključivanja u kriminalne aktivnosti i smrtnost, no ona nije statistički značajna. No, autori navode kako se u

³<https://drogeiovisnosti.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Smjernice/Smjernice%20za%20farmakoterapiju%20buprenorfinom.pdf>

literaturi ipak nalaze dokazi za ove tvrdnje. Općenito uzevši, istraživanja pokazuju kako ovisnici koji uzimaju supstitucijsku terapiju imaju bolje životne ishode od ovisnika o heroinu (Nielsen i sur., 2013; Potter i sur., 2013). S druge strane, longitudinalno istraživanje koje je obuhvaćalo učinke tretmana održavanja na supstitucijskoj terapiji pokazalo je kako znatan dio ispitanika (jedna trećina) izjavljuje da im je bolje ako ne uzimaju terapiju, što može ukazivati na mogućnost usporednog korištenja heroina (Potter i sur., 2015).

Tretman održavanja na metadonu zasigurno pruža veće koristi od izostanka tretmana i privlači pojedince u tretman, stoga mnoge studije potvrđuju značajno smanjenje stope smrtnosti među ovisnicima o heroinu. Ipak, Bell i Zador (2000) naglašavaju da period ulaska u ovaj tretman predstavlja vrijeme povećanog rizika od smrti.

Tretman ovisnosti opijatskim agonistima poput metadona i buprenorfina sigurno ima važnu ulogu u pristupu liječenja ovisnosti o heroinu, no većina kliničara i znanstvenika se slaže da je on samo dio cjelokupnog tretmana. Sami za sebe, oni nisu u mogućnosti ukloniti ovisnost, štoviše, nerijetko zapravo stvaraju novu ovisnost. Unatoč tome, učinkovito su sredstvo privlačenja ovisnika u programe liječenja. U nastavku će biti opisani bihevioralni pristupi tretmanu ovisnosti s kojima u kombinaciji supstitucijska terapija može proizvesti značajne rezultate (NIDA, 2018).

6.2. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)

Kognitivno-bihevioralna terapija, ili, kako se u početku nazivala, kognitivna terapija, naziv je za pristup razvijen 60-ih godina 20. stoljeća čiji je cilj rješavanje aktualnih problema te modifikacija disfunkcionalnog razmišljanja i ponašanja (Beck, 2011). Postoje brojne vrste kognitivno-bihevioralnih terapija, poput terapije izlaganjem, racionalno-emocionalne bihevioralne terapije, terapije kognitivnog procesiranja, terapije rješavanja problema i mnogih drugih. No u svim oblicima koji su proizašli iz originalnog modela Aarona Becka (2011), terapija je bazirana na kognitivnoj formulaciji, odnosno vjerovanjima i ponašajnim strategijama koji karakteriziraju specifičan poremećaj.

Kognitivno-bihevioralni modeli ovisnost vide kao naučeno ponašanje koje je inicirano i održavano u interakciji s okolinskim čimbenicima (Barrett Waldron, Kaminer, 2004). Intervencije temeljene

na tim modelima često uključuju identificiranje uvjeta u kojima dolazi do uzimanja droga, poput vremena i mjesta, koji mogu služiti kao potencijalni okidači za ponovno upuštanje u takvo ponašanje. Osim toga, kognitivno-bihevioralna terapija za poremećaje ovisnosti često sadrži samoopažanje, izbjegavanje potkrepljenja uslijed uzimanja droge i trening vještina za odupiranje žudnji za ponovnim uzimanjem. KBT prilagođena tretmanu poremećaja ovisnosti o psihoaktivnim tvarima uključuje nekoliko različitih intervencija, korištenih samostalno ili u kombinaciji (neke od njih se izvode individualno, a neke u grupnom kontekstu).

McHugh, Hearon i Otto (2010) grupne i individualne kognitivno-bihevioralne tretmanske intervencije razvrstavaju na sljedeći način:

- Motivacijske intervencije

Motivacija je u tretmanu ovisnosti jedan od najvažnijih preduvjeta za njegovu uspješnost. Radi toga se s ovisnicima provodi motivacijski intervju, tehnika koja se usmjerava na ambivalenciju prema promjeni ponašanja, te zatim pokušava potaknuti želju za promjenom. Ovakve intervencije se provode same za sebe ili u kombinaciji s drugim vrstama tretmana. Meta-analiza intervencija temeljenih na motivacijskom intervjuu pokazala je mali do umjereni učinak na ovisnost o alkoholu, te umjereni učinak na zloupotrebu droga (Burke, Arkowitz, Menchola, 2003).

- Sustav nagrade i kazne (*Contingency Management*)

Intervencija zasniva se na teoriji operantnog učenja i uključuje dodjeljivanje konkretnih nagrada kao pozitivnog potkrepljenja za ispunjenje ciljeva tretmana. Njene osnovne postavke te evaluacija detaljnije će biti prikazane u zasebnom poglavlju.

- Prevencija relapsa i druge terapije

Prevencija relapsa je pristup koji u fokus stavlja učenje prepoznavanja okidača za uzimanje droge te učenje alternativnih ponašanja kao odgovora na te okidače. Također, uključuje tehnike poput propitivanja korisnikovih očekivanja o pozitivnim učincima droge, te psihoedukacije kojoj je cilj učiniti korisnika informiranijim prilikom izbora vlastitog ponašanja u izazovnim ili problematičnim situacijama. Meta-analiza 26 studija koje su ispitivale učinkovitost ovog pristupa pokazala je da prevencija relapsa utječe na smanjenje zloupotrebe droga, ali ne znatno (Irwin, Bowers, Dunn i Wang, 1999). S druge strane, pokazalo se da na poboljšanje općeg psihosocijalnog

funkcioniranja ima značajan učinak. Neki drugi KBT pristupi uključuju razne vrste psioedukacije, kognitivnu procjenu, trening vještina te druge bihevioralne strategije.

U meta-analizu koja je obuhvatila istraživanja učinkovitosti 34 kontrolirana tretmanska programa, uključeni su psihosocijalni tretmani koji su zasnovani na kognitivno-bihevioralnom pristupu (Dutra i sur., 2008). Obuhvaćeni su tretmani sustava nagrade i kazne, prevencija relapsa, opća kognitivno-bihevioralna terapija te tretmani koji su kombinirali KBT i sustav nagrade i kazne. Općenito, rezultati upućuju na učinak koji se kreće od nižeg umjerenog do višeg umjerenog, pa su potvrđene prednosti ovakvih intervencija. Što se tiče određenih ovisnosti kao najresponzivnijih za ovu vrstu tretmana, prednjači kanabis te kokain, a najmanji učinak se pokazao kod upotrebe više različitih psihoaktivnih tvari. Međutim, ova grupa korisnika također pokazuje najviše razine komorbiditeta s drugim psihijatrijskim poremećajima, što je moglo posredno negativno utjecati i na učinak ovakvih metoda. Također, iako istraživanja upućuju na to da je kokain jedna od droga na čije korisnike ovakvi tretmani djeluju bolje od ijednog drugog programa (Griffin i sur., 1998), ovisnici o njemu imaju i najveću stopu ranog izlaska iz programa (Dutra i sur., 2008). Od promatranih vrsta tretmana najbolje učinke pokazuju tretmani sustava nagrade i kazne te prevencija relapsa, a nakon njih slijede drugi kognitivno-bihevioralni pristupi.

Magill i Ray (2009) proveli su meta-analizu 53 studije koje su ispitivale učinkovitost kognitivno-bihevioralnog tretmana na odraslim osobama s poremećajima ovisnosti o alkoholu ili drogi. Pronašli su mali, no statistički značajan učinak u usporedbi s uvjetima kada se KBT nije provodio, odnosno, 58% osoba u KBT-u je postiglo veći pozitivni pomak od onih koji nisu bili u tretmanu. Najveći učinak je ostvaren kod osoba koje su koristile kanabis. Što se tiče drugih tretmana u kombinaciji s KBT-om, najbolji rezultat se očiovao u kombinaciji s nekim drugim psihosocijalnim tretmanom, u odnosu na kombinaciju s farmakološkim tretmanom ili proveden zasebno. Također, ovaj tretman je pokazao bolje djelovanje kod žena nego kod muškaraca, zatim kod intervencija s kraćim trajanjem, a kod usporedbe grupnog i individualnog oblika tretmana, razlika nije nađena. Učinci KBT-a su s vremenom smanjeni i to umjereno nakon 6 i 9 mjeseci te značajno nakon 12 mjeseci.

Meta-analizom studija o učinkovitosti KBT-a na populaciji adolescenata ovisnih o psihoaktivnim drogama, Barrett Waldron i Kaminer (2004) zaključili su kako ova vrsta terapije značajno utječe na smanjivanje uzimanja droga i s njom povezanih problema, no dokazi o dugoročnijoj

učinkovitosti nisu konzistentni. Naime, nijedna istraživana intervencija nije uspjela ciljano djelovati na sve problemske aspekte kod adolescenata, a relaps se pokazao kao najčešći problem u tretmanima koji su bili predmet istraživanja.

Kognitivno-bihevioralni tretman ovisnosti o psihoaktivnim tvarima ima brojne prednosti jer pruža korisniku znanje i sredstva koji mu mogu pomoći u prevladavanju žudnje za drogom. Naime, ovaj pristup se usmjerava na sedam područja psihičke slabosti (Beck, Wright, Newman, Liese, 1993), koji mogu biti potencijalni okidač za uzimanje droge.

Ta područja jesu:

1) visokorizične situacije, vanjske i unutarnje; 2) disfunkcionalna vjerovanja o drogi, sebi te svom odnosu s drogom; 3) automatske misli koje povećavaju uzbuđenost i namjeru za uzimanjem; 4) fiziološka žudnja i potreba za uzimanjem; 5) vjerovanja kojima ovisnici "opravdavaju" uzimanje droge; 6) rituali i opće ponašajne strategije povezane s uzimanjem droge; te 7) štetne psihološke reakcije na relaps koje vode u ponavljajući ciklus. Istraživanja učinkovitosti pokazuju da ovaj pristup uistinu postiže pozitivne pomake u tretiranju ovisnosti, posebice u kombinaciji s nekim drugim vrstama tretmana. Upitno je njegovo dugoročno djelovanje jer se pokazalo da nakon prestanka tretmana učinci s vremenom blijede. Također, ne može se nazvati univerzalnim pristupom s obzirom da ne djeluje jednako na sve vrste ovisnosti. Stoga, može se zaključiti kako je kognitivno-bihevioralni pristup učinkovit pristup u određenim situacijama, prilično efikasan prvi korak u tretmanu ovisnosti o određenim vrstama droga te se kao takav može smatrati sigurnim izborom kod pažljivo izabranih korisnika.

6.3. Sustav nagrade i kazne (*Contingency Management*)

Sustav nagrade i kazne vrsta je tretmana u kojem se osobe podržavaju i nagrađuju za pozitivnu promjenu u ponašanju. Zasnovana je na teoriji operantnog uvjetovanja, koja tvrdi da je svako ponašanje naučeno, a uči se uslijed pozitivnog i negativnog potkrepljivanja, kada će se mogućnost pojave određenog ponašanja povećati. U području tretmana ovisnosti, najčešće se kao nagrada nudi davanje vaučera koji se mogu zamijeniti za stvari ili usluge ako se pokaže negativan nalaz

droge u urinu. Kada netko uđe u program, svaki tjedan mora predati uzorak urina, te ako je negativan, dobiva pozitivno potkrepljenje u obliku nagrade. Ono što je važno u njegovom provođenju jest da veličina, odnosno vrijednost potkrepljenja mora rasti razmjerno duljini apstinencije (Petry, 2010).

Veliki broj empirijskih dokaza ukazuje na učinkovitost sustava nagrade i kazne (Petry, 2010). Meta-analiza Griffith, Rowan-Szal, Roark i Simpson (1999) ispitivala je njegovu učinkovitost na temelju 30 studija čiji je predmet istraživanja bio ambulantni tretman ovisnosti s metadonom, i njegovi učinci. Pokazalo se da su intervencije temeljene na sustavu nagrade i kazne učinkovite u reduciranju pozitivnih nalaza ilegalne droge u urinu. Učinak je mali do umjeren, no i dalje značajno velik za kliničke i praktičke primjene. Autori su pronašli 5 čimbenika koji su posebno važni za povećanje učinkovitosti programa:

1. programi tretmana s najboljim rezultatima, odnosno najefikasnijim potkrepljenjem, bili su oni koje su kao nagradu nudili povećanje dobivene doze metadona ili veće pogodnosti za njegovo uzimanje kod kuće;
2. dužina vremenskog intervala između davanja uzorka i dobivanja nagrade je vrlo važan faktor - najbolje rezultate imali su oni koji su potkrepljenje dobili neposredno nakon i oni koji su ga ponekad dobili neposredno, a nekad odgođeno, dok su najmanji učinak doživjeli oni koji su potkrepljenje dobivali uvijek s odgodom;
3. tretman je bio najefektivniji kada je ciljana jedna vrsta ovisnosti, odnosno ovisnost o jednoj vrsti psihoaktivne tvari;
4. broj prikupljenih nalaza urina je važan – prikupljanje tri uzorka tjedno rezultiralo je boljim učinkom nego prikupljanje manje od tri uzorka;
5. selektivno uzimanje korisnika u tretman poboljšava učinak intervencije, za razliku od nasumičnog – moguće je da, kako su selektirani korisnici uglavnom i oni koji imaju ozbiljniji poremećaj i ovaj tretman im je zadnja opcija, ovaj čimbenik posredno utječe na učinkovitost samog programa.

Još jednom meta-analizom studija koje su proučavale učinkovitost intervencija kojima je cilj bio smanjiti upotrebu droge, Lussier i sur. (2005) iznijeli su par zaključaka o učinkovitosti pristupa temeljenog na vaučerima. Općenito, ovaj pristup je rezultirao značajno većim razinama apstinencije nego kod kontrolne grupe. Također, povećao je odaziv korisnika za druge vrste

tretmana poput kliničkog te farmakološkog. Broj studija koje su pokazale manji učinak bio je vrlo ograničen te su uglavnom istraživale programe koji nude prilično male vrijednosti nagrada. Meta-analiza je otkrila nekoliko karakteristika tretmana koje su dodatno poboljšale njegov učinak: 1) veći učinak je pronađen kod intervencija kojima je cilj bila apstinencija jedne vrste droge nego kad su bile usmjerene na korisnike više droga (*polydrug users*); 2) dodjeljivanje nagrade (vaučera) neposredno nakon dokaza o apstinenciji je znatno povećalo učinak intervencije u odnosu na odgođenu nagradu; 3) korištenje vaučera većih vrijednosti je bilo povezano s većim učinkom intervencije.

Iz provedenih studija učinkovitosti vidljivo je da ovaj vrlo jednostavan pristup može proizvesti značajnu količinu pozitivnih učinaka za određenu skupinu korisnika. Konzistentni su i dokazi o dodatnim karakteristikama izvedbe programa koji ga čine učinkovitijim. Možda i najznačajniji nalaz je sposobnost ovog pristupa da privlači korisnike i u druge vrste tretmana, što značajno povećava mogućnost njihovog izliječenja. Stoga, može se zaključiti da s ispravnom implementacijom i konzistentnim provođenjem ovaj pristup zaista može pružiti brojne mogućnosti u tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim drogama.

6.4. Matrix model

Matrix model ambulantnog liječenja ovisnosti razvijen je 80-ih godina 20. stoljeća nakon rapidnog porasta zloupotrebe psihostimulansa, poglavito kokaina te povećanja potražnje adekvatnog tretmana ovisnosti o psihostimulativnim drogama (Rawson i sur., 1995). Znanstvenici iz Matrix centra, po kojem je model kasnije i dobio ime, razvili su set tehnika koje su od početka nazvali neurobiheviornalnim modelom. Premisa ovog pristupa bila je stvoriti model koji će direktno odgovarati na potrebe ciljane skupine, ovisnike o kokainu, dok se u isto vrijeme stvara strukturirani protokol prema kojem će se moći provesti evaluacija. Cilj je bio omogućiti korisnicima sljedeće:

- a) prestanak uzimanja droge;
- b) ostanak u tretmanu 12 mjeseci;
- c) učenje o situacijama i čimbenicima kritičnim za stvaranje ovisnosti i relaps;

- d) usmjeravanje i podrška od strane educiranih terapeuta;
- e) edukacija članova obitelji pogođenih ovisnošću;
- f) upoznavanje s programima samopomoći;
- g) praćenje napretka testiranjem urina.

Raspored planiranih aktivnosti prikazan je u Tablici 2.

Tablica 2.: Raspored aktivnosti unutar Matrix modela

	1. FAZA		
	1. i 2. tjedan	3.-16. tjedan	17.-26- tjedan
Ponedjeljak	-	Grupa za prevenciju relapsa	Grupa za prevenciju relapsa
Srijeda	Obiteljska edukativna grupa	Obiteljska edukativna grupa	Grupa za socijalnu podršku
Petak	Stabilizacijska grupa	Grupa za prevenciju relapsa	Grupa za prevenciju relapsa
Tjedno	Dva individualna terapijska susreta Testovi urina/alkohola u dahu Susret 12 koraka	Dva individualna terapijska susreta Testovi urina/alkohola u dahu Susret 12 koraka	Testovi urina/alkohola u dahu Susret 12 koraka
mjesečno	-	-	Jedan individualni terapijski susret
	2. FAZA		
	Korisnici sudjeluju u tjednim grupama podrške u trajanju od 6 mjeseci. Moguće je uključivanje u individualnu/ bračnu terapiju. Nastavlja se sudjelovanje u aktivnostima 12 koraka.		

Izvor: Rawson, R.A., Shoptaw, S.J., Obert, J.L., McCann, M.J., Hasson, A.L., Marinelli-Casey, P.J., Brethen, P.R. i Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 12(2). 117-127.

Pilot-studija ovog modela pokazala je rani potencijal. Pronađen je značajan učinak na smanjenje uzimanja kokaina nakon 8 mjeseci sudjelovanja u programu (Rawson i sur., 1986). Autori su

kasnije proveli i niz istraživačkih projekata kako bi evaluirali Matrix model u različitim izvedbama, s različitim populacijama i načinima mjerenja. Pokazalo se da je ovaj model povezan sa statistički i klinički značajnim učinkom na smanjenje uzimanja kokaina. Štoviše, sve provedene studije su pokazale ovakve rezultate. Također, psihosocijalno funkcioniranje kod korisnika zabilježilo je značajno poboljšanje. Jedino što u ovom istraživanju nije uspjelo biti dokazano jest nadmoć ovog modela nad drugim tretmanima provođenim u zajednici, no autori navode kao razlog upitnost metodologije evaluacije ili praćenja ove vrste tretmana. Osim kod ovisnosti o kokainu, ranija istraživanja pokazala su da bi Matrix model mogao biti učinkovit i u tretmanu ovisnosti o metamfetaminima (Huber i sur., 1997).

Recentnije studije također pokazuju prednosti Matrix modela. Shoptaw, Rawson, McCann i Obert (2008) proveli su istraživanje učinkovitosti ovog tretmana na korisnicima psihostimulansa nakon 6 mjeseci uključenosti. Potvrđeni su prijašnji nalazi o učinkovitosti programa na smanjenje uzimanja droge, čija je razina ekvivalentna količini uključenosti u program, odnosno broju aktivnosti programa u kojim korisnik sudjeluje. Važan pronalazak je bilo i saznanje da učinkovitost raste usporedno s prilagođavanjem i odgovaranjem na promjene u populaciji korisnika. Ovo istraživanje je pokazalo i kako ovisnici o metamfetaminima duže sudjeluju u pojedinačnim susretima te imaju bolje rezultate apstinencije, no s obzirom na njihov relativno ograničen broj te različite razloge za primarno uključivanje u program, autori navode kako se ovaj pronalazak ne treba smatrati relevantnim. Što se tiče tretmana ovisnosti o drugim drogama, Magidson i sur. (2017) pronašli su da nema razlike u održavanju apstinencije između ovisnika o opijatima i ovisnika o metamfetaminima, usprkos raznim ograničenjima koja su stajala pred tom populacijom, poput nedostupnosti supstitucijske terapije i podrške pri detoksikaciji.

Matrix model nastao je kao odgovor na nedostatak adekvatnih programa tretmana nakon značajnog povećanja stope konzumiranja kokaina. Kasnije je proširen i na tretman ovisnosti o alkoholu i opijatima. Sastoji se od empirijski dokazano učinkovitih elemenata tretmana poput prevencije relapsa, psihoedukacije i uključivanja cijele obitelji (Obert i sur., 2000). Studije učinkovitosti pružaju konstantne dokaze o uspješnim rezultatima programa, točnije, održavanja apstinencije i poboljšanja općeg psihosocijalnog razvoja kod ovisnika o stimulansima, za koje je program i stvoren. No u zadnje vrijeme on se polako počinje implementirati i kod tretmana ovisnosti o

drugim vrstama droga, a s obzirom na pozitivne rezultate preliminarnih studija, daljnja nastojanja u prilagođavanju programa različitim populacijama ne smiju se zanemariti.

6.5. Program 12 koraka

Program 12 koraka nastao je od strane *Alcoholics Anonymus* (Anonimni alkoholičari), grupe podrške koju su 1935. pokrenula dva čovjeka s uznapredovalim alkoholizmom. Do tada smatrana samo moralnim deficitom, ovisnost je prvi put nazvana bolešću upravo zahvaljujući ovoj grupi. Od tada ovaj program se počeo provoditi u više od 150 zemalja, te prilagođavati za tretman brojnih poremećaja poput ostalih vrsta ovisnosti, kompulzivnih poremećaja ili drugih socijalno disfunkcionalnih ponašanja. Ipak, njegov osnovni model je ostao gotovo u potpunosti istovjetan originalnom modelu (Lile, 2003). Danas, uz grupe *Alcoholics Anonymus*, postoje i *Narcotics Anonymus* za ovisnike o drogama, te *Cocaine Anonymus*, specifično za ovisnike o kokainu.

Važno za naglasiti je da je ovaj tretman neprofesionalnog tipa, što znači da ne uključuje stručnjake u području ovisnosti, već se grupa sastoji isključivo od ovisnika i bivših ovisnika. Terapija 12 koraka sastoji se od strategije kojoj je cilj povećavanje izgleda da ovisnici uđu u takve grupe samopomoći i tamo ostvare apstinenciju, poput *Alcoholics Anonymus*. Jednom kada se uključe, slijedi drugi dio u kojem sudionici prolaze kroz usvajanje 12 koraka, koje je zamišljeno kao put koji vodi prema apstinenciji. Iako sami korisnici najčešće vjeruju kako je program spiritualan po svojoj prirodi, moguće je da postoje dodatna, znanstvena objašnjenja kako on funkcionira (Lile, 2003). Tako se raspravlja o mogućem pritisku koji program proizvodi na karakterne osobine sudionika koje u većoj mjeri doprinose održavanju ovisnosti, ili o tome da ovaj program sadrži metode koje su dio i drugih, konvencionalnijih bihevioralnih tretmana te tako mijenja ponašajne obrasce (Morgenstern, Labouvie, McCrady, 1997).

Tri osnovne ideje koje su prožete kroz 12 koraka su sljedeće (NIDA, 2018):

1. prihvaćanje, odnosno shvaćanje da je ovisnost kronična i progresivna bolest koju bolesnik ne može kontrolirati; da je život radi uzimanja psihoaktivne stvari postao neizdrživ; da je snaga volje nedovoljna za rješavanje tog problema; da je apstinencija jedina alternativa;

2. predaja sebe višoj sili, prihvaćanje vodstva i podrške ostalih sudionika grupe i praćenje aktivnosti potrebnih za oporavak;
3. aktivno sudjelovanje na sastancima 12 koraka i s njima povezanim aktivnostima.

Naglašena duhovnost je jedna od karakteristika programa koji se najčešće kritizira, uz nedostatak znanstvenog temelja intervencije, razvoja potencijalno nezdrave ovisnosti o grupi te rigidno zagovaranje apstinencije od bilo kojeg oblika psihoaktivne tvari, uključujući farmakološku terapiju kod psihijatrijskih bolesnika (Chappel, DuPont, 1999). Neke od prednosti koje ovaj program posjeduje uključuju široku dostupnost grupa podrške radi svoje rasprostranjenosti, a ponekad postoji čak i mogućnost sudjelovanja preko interneta, zatim činjenica da su sastanci i cijeli tretman potpuno besplatni (moguće je dati donacije, no ne i nužno za sudjelovanje), te vjerovanje korisnika da 12 koraka pruža holistički tretman za razliku od mnogih drugih (Lile, 2003). Kod ovog programa možda i najvažniji korak jest upravo privlačenje i uključivanje sudionika u grupu. Prema Donovanu i sur. (2013), neke od mogućih prepreka za uključivanje jesu: 1) promjena stupnja spremnosti i predanosti za promjenom; 2) visoka razina spiritualnosti ili religioznosti koja može odbiti pojedince koji su ateisti i agnostici; 3) potreba za „predajom“ kao uvjetom za sudjelovanje; 4) osjećaj nemoći (u smislu predaje vođenja drugima); 5) nepostojanje kompatibilnosti osobnih stavova i uvjerenja s tretmanskim (koje je potrebno usvojiti); 6) percipirani osjećaj neugode ili izostanka podrške nekih manjinskih skupina (žene, etničke manjine, osobe drugačije seksualne orijentacije); 7) socijalna fobija ili anksioznost.

Usprkos brojnim ograničenjima, čini se kako je program 12 koraka izuzetno uspješan u održavanju apstinencije i kod alkohola i droga za sudionike koji se dugoročno zadrže u takvom tretmanu. Pregledom radova Donovan i sur. (2013) pronašli su kako program uglavnom ima pozitivne ishode pri održavanju apstinencije i to ponekad uistinu dugoročne - do 16 godina. Nadalje, poboljšava opće psihosocijalno funkcioniranje te percipiranu samoefikasnost. Kao najvrjedniji nalaz autori navode kako se pokazalo da pozitivni ishodi zaista jesu povezani sa sudjelovanjem u programu, jer je isključeno posredno djelovanje utjecaja poput „dobre prognoze“ o oporavku, samih sudionika, količine motivacije, postojanje komorbiditetne psihopatologije ili ozbiljnost problema vezanih uz ovisnost. U traženju potencijalne uloge programa 12 koraka u tretiranju ovisnosti o metamfetaminu, Donovan i Wells (2007) napravili su pregled dostupne literature o ishodima ovog tretmana kod ovisnika o kokainu i alkoholu. Pokazalo se da on značajno doprinosi smanjenju

uzimanja droge te boljim općim ishodima. U usporedbi s kognitivno-bihevioralnim tretmanom, nisu pronađene značajne razlike u učinkovitosti tretmana, odnosno jednu godinu nakon završetka programa ishodi provođenja oba pristupa bili su jednaki (Ouimette, Finney, Moos, 1997), što upućuje na zaključak da je program 12 koraka dostojna alternativa konvencionalnim pristupima.

Bez obzira na svoja ograničenja i specifičnosti, program 12 koraka jedan je od najrasprostranjenijih pristupa u tretmanu ovisnosti i nakon 84 godine od njegovog uvođenja. Tome u prilog zasigurno idu brojne evaluacijske studije koje potvrđuju njegovu dugoročnu učinkovitost ili održivost. Još jedna važna prednost jest činjenica da je besplatan, što u početku otvara vrata širokoj populaciji korisnika. Zbog toga, bez obzira na njegove nekonvencionalne metode te ograničenu mogućnost prilagođavanja programa pojedincu, ovaj pristup je karika od iznimne važnosti u lancu tretmana ovisnosti.

6.6. Obiteljske i bračne terapije

Zloupotreba psihoaktivnih tvari i ovisnost o njima problem je zbog kojeg, osim same osobe koja je ovisna, pati i njena cijela obitelj i druge joj bliske osobe. Može se raditi o čitavom spektru problema –od financijskih do pojave nasilja i narušenih odnosa. Reilly (1992) opisuje nekoliko karakterističnih obrazaca interakcije koji se često pronalaze u obiteljima s barem jednim članom koji uzima droge:

1. Negativnost

Sva interakcija između članova obitelji je negativnog predznaka, uključujući kritike, prigovaranje, vrijeđanje i uz ignoriranje pozitivnog ponašanja. Često služi kao potkrepljenje uzimanju droge.

2. Nedosljednost u odgoju

Pravila nisu strogo postavljena, potkrepljenja i kazne nisu dosljedno korištene pa djeca ne znaju što je ispravno, a što nije.

3. Poricanje problema

Unatoč vidljivom postojanju problema, roditelj ne želi priznati da dijete ima problem s drogom/alkoholom.

4. *Potiskivanje emocija*

Djeca ili roditelji koji osjećaju gnjev prema obiteljskom okruženju gdje nije uobičajeno pokazivati emocije, često uzimanjem droge kontroliraju svoj potisnuti bijes.

5. *Samoliječenje*

Roditelj ili dijete će često koristiti droge kako bi pomogli sebi pri nošenju s negativnim mislima i emocijama.

6. *Nerealistična očekivanja roditelja*

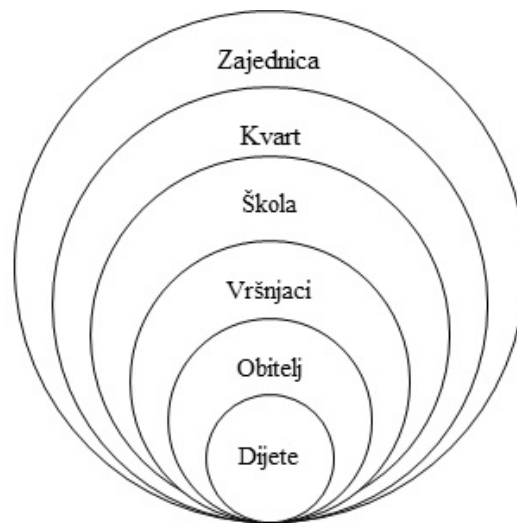
Ako su očekivanja previsoka, dijete može opravdavati svoje neispunjenje svojom ovisnošću, a ako su preniska, dijete može uskladiti svoje ponašanje s roditeljevim predviđanjima.

Kako bi se svi ovi problemi riješiti, potrebno je restrukturirati cijeli obiteljski sustav. Ovisnost je problem kojeg često podržavaju poteškoće iz raznih životnih sfera, uključujući obitelj i okolinu. Ovo poglavlje će dati prikaz najčešće korištenih pristupa tretmanu koji u fokus stavljaju širu perspektivu i uključuju obitelj i bliske osobe pojedinca, te njihove međusobne odnose. U prilog implementiranju obiteljskih terapija u kontekstu tretmana ovisnosti djece i mladih idu i rezultati brojnih istraživanja, što je pokazala meta-analiza studija učinkovitosti (Baldwin i sur., 2012).

6.6.1. Multisistemska terapija

Multisistemska terapija nastala je 1980-ih godina kao odgovor na rastuću potrebu za učinkovitom metodom tretmana antisocijalnog ponašanja kod djece i mladeži. Stručnjacima koju su ju razvili cilj je bio rad s maloljetnim delinkventima koji su se upuštali u krađe, iskazivali nasilno ponašanje te uzimali droge. Ovaj pristup se zasniva na teoriji ekoloških sustava, koja tvrdi da je pojedinac, odnosno dijete, u konstantnoj dvosmjernoj transakciji sa svojom okolinom (Bronfenbrenner, 1979). Dakle, umjesto djelovanja na samo jedan čimbenik djetetovog poremećaja u ponašanju, multisistemska terapija pokušava utjecati na sve aspekte njegova života. Dakle, osim karakteristika samog djeteta s problemom, kao što su njegovi stavovi ili vrijednosti, ona u tretman uključuje i obitelj djeteta (neadekvatan odgoj, slabu disciplinu, konflikte i nasilje, ovisnosti roditelja), vršnjake s pozitivnim stavovima o antisocijalnom ponašanju u koje spada i uzimanje droge, zatim

školovanje (loš uspjeh, odustajanje) te susjedstvo (NIDA, 2019). Sve intervencije se provode u prirodnom okruženju djeteta.



Slika 1: Sustavi u teoriji ekoloških sustava koji su dio multিসistemске terapije⁴

Multিসistemska terapija sadrži 9 načela⁵ kojih bi se terapeuti trebali držati kako bi ona donijela pozitivne učinke:

1. razumijevanje veze između identificiranih problema i njihovog smještanja u kontekst života mlade osobe;
2. usredotočenost na snage i pozitivno;
3. povećanje odgovornosti;
4. fokusiranje na sadašnjost, orijentacija na akciju i točno definiranje problema;
5. prepoznavanje i djelovanje na iste oblike ponašanja u različitim dijelovima djetetove okoline (obitelj, škola, zajednica);
6. razvojna prilagođenost;
7. kontinuirani rad;
8. kontinuirana evaluacija i naglašena odgovornost provoditelja, nikada obitelji;
9. generalizacija i dugoročni učinak.

^{4,5}<http://www.mstuk.org/about/about-1>



Slika 2: Sve intervencije unutar multisistemske terapije⁶

Iako multisistemska terapija nije tretman koji je izravno namijenjen suzbijanju ovisnosti o drogama, ona se fokusira na širok spektar problema kod djece s poremećajima u ponašanju, pa tako i ovaj. Nekoliko studija je potvrdilo njenu učinkovitost i u tom području. Henggeler, Pickrel i Brondino (1999) proveli su istraživanje na 118 maloljetnika uključenih u tretman kojima je dijagnosticiran neki oblik poremećaja vezan za ovisnost o psihoaktivnim tvarima, te njihovim obiteljima. Cilj istraživanja bio je saznati učinke tretmana neposredno nakon završetka, te jesu li se održali 6 mjeseci kasnije. Multisistemska terapija je smanjila samoiskazano uzimanje alkohola, marihuane i ostalih droga, no te promjene se nisu zadržale. Iznimka su bile jedino skupine sudionica ženskog spola te mlađe djece. Kod njih su se ishodi zadržali dugoročnije. *Follow-up* studija koja je provjeravala ishode multisistemske terapije četiri godine nakon njenog završetka

⁶ <http://www.mstuk.org/about/about-1>

kod maloljetnih delinkvenata ovisnika, pronašla je iznimno pozitivne rezultate kod smanjenja pušenja marihuane, ali ne i kokaina (Henggeler i sur., 2002).

Meta-analiza Stouwe, Asscher, Stams, Deković i Laan (2014), provedena na 22 dotadašnje studije koje su istraživale opću učinkovitost multisistemske terapije, pokazala je da ona ima manji, no statistički značajan utjecaj na smanjivanje uzimanja droge. Kako bi multisistemska terapija bila učinkovitija u tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, neke studije ističu kako bi ju bilo dobro kombinirati s još nekom vrstom tretmana, poput sustava nagrade i kazne (Randall, i sur., 2001).

Multisistemska terapija je pristup koji ima veliku prednost nad većinom drugih vrsta tretmana, a to je njena orijentiranost na sve aspekte života pojedinca. Njena učinkovitost u smanjenju delinkvencije i ostalih problema u ponašanju djece i mladih je višestruko dokazivana (Stouwe i sur., 2014; Henggeler, Schaeffer, 2016), što se odnosi i na ovisnost o psihoaktivnim tvarima. Stoga bi bila idealan izbor u slučajevima kad je zloupotreba droga kod adolescenata samo jedna od poteškoća s kojima se nose. No, multisistemska terapija ima potencijal biti učinkovita i kao tretman koji bi se usmjerio samo na prestanak uzimanja droge, budući da se rizični čimbenici za pojavnost ovisnosti nalaze u višedimenzionalnosti okoline.

6.6.2. Multidimenzionalna obiteljska terapija

Multidimenzionalna obiteljska terapija je tretman za adolescente s problemima u ponašanju koji uključuje cijelu obitelj. Cilj joj je eliminirati zloupotrebu sredstava ovisnosti i delinkvenciju te poboljšati mentalno zdravlje, školsko i obiteljsko funkcioniranje⁷. Sastoji se od tri stadija:

1. Izgradnja temelja za promjenu

Sastoji se od individualnih zasnanaka terapeuta s djetetom i roditeljima te s cijelom obitelji zajedno. Ciljevi su razviti snažan terapijski odnos, stvoriti zajedničku perspektivu o problemima, povećati motivaciju i započeti s procesom promjene.

2. Pokretanje individualnih i obiteljskih promjena

⁷ <http://www.mdft.org/MDFT-Program/What-is-MDFT>

Ciljevi za dijete, roditelje i obiteljsko funkcioniranje su postavljeni, evaluirani i ponovno razrađivani kroz ovu fazu. Postignuća u svakoj domeni aktiviraju i podržavaju promjenu u drugoj.

3. Učvršćivanje promjena

Zadnjih par tjedana tretmana učvršćuju se postignuća mladih i roditelja. Terapeut ih naglašava te pomaže obitelji stvoriti konkretne planove za buduće probleme poput recidiva ili konflikata.

Treba naglasiti kako multidimenzionalna obiteljska terapija ima i dugoročno pozitivan učinak. Follow-up studija (Liddle i sur., 2009) koja je pratila 83 mlađa adolescenta, pokazala je kako su se i nakon 12 mjeseci zadržali pozitivni ishodi tretmana, koji uključuju rjeđe uzimanje droge, manje problema vezanih uz uzimanje droge, nižu stopu delinkvencije te smanjene rizike u obiteljskom i školskom funkcioniranju. Pol i sur. (2017) proveli su meta-analizu studija koje su ispitivale učinke multidimenzionalne obiteljske terapije na ublažavanje internaliziranih i eksternaliziranih problema u ponašanju. U usporedbi s drugim tretmanima, pokazalo se da je ova terapija jednako učinkovita u smanjenju iskazane delinkvencije, uzimanja droga, psihičkih poteškoća i općeg obiteljskog funkcioniranja. Dodatno se otkrilo da je ona uspješnija što je ozbiljnost problema u ponašanju veća. Tako se pokazala najučinkovitijom upravo kod adolescenata s najtežim slučajevima zloupotrebe droge i/ili poremećaja ophođenja.

6.6.3. Funkcionalna obiteljska terapija

Funkcionalna obiteljska terapija još je jedan oblik tretmana namijenjen adolescentima s problemima u ponašanju koji uključuje cijelu obitelj u procesu promjene. Nastala je 1960-ih godina te je prvotno korištena u sustavu maloljetničkog pravosuđa (Sexton, 2010). Cilj joj je bio utjecati na važnu prepreku kod tretmana ove populacije, a to je uključenost i zadržavanje u tretmanu. Orijentirana je na cijeli spektar eksternaliziranih problema u ponašanju kod adolescenata, uz poteškoće u obiteljskom funkcioniranju i odnosima za koje se smatra kako su njihov glavni pokretač i moderator. Pri svakom susretu terapija uključuje adolescenta i još barem jednog člana obitelji, kada zajedno rade na poboljšanju komunikacije, rješavanju problema i konflikata te roditeljskih vještina. Metode kojima se ova terapija služi temelje se na sljedećem: 1) uključivanju obitelji u tretmanski proces i povećavanju njihove motivacije za promjenom; te 2)

donošenje promjena u obiteljskom funkcioniranju koristeći metode sustava nagrade i kazne, treninge komunikacijskih vještina i rješavanja problema te druge bihevioralne intervencije (NIDA, 2019).

U meta-analizi (Hartnett i sur., 2016) koja je proučavala 14 studija usporedbe funkcionalne obiteljske terapije s drugim tretmanima ili izostankom tretmana, pokazalo se kako su učinci ove terapije u prednosti nad alternativnima, u rasponu od malog do velikog statistički značajnog učinka.

6.6.4. Bihevioralna bračna terapija

Bihevioralna bračna terapija (*Behavioral couples therapy*) razvijena je u 1980-im godinama i bila je jedan od prvih strukturiranih tretmana ovisnosti o alkoholu za parove. Ovaj pristup se temelji na intervencijama u međusobnom odnosu partnera kako bi se ojačala stabilnost veze te potaknula apstinenciju. Temelji se na sljedećem (O'Farrell, Fals-Stewart, 2006):

- a) uključivanje partnera/ice osobe koja je u terapiji radi ovisnosti;
- b) održavanje apstinencije uz pomoć terapeuta i partnera/ice;
- c) rad na unaprjeđenju partnerskog odnosa;
- d) donošenje plana o načinu održavanja apstinencije nakon završetka tretmana.

Uloga terapeuta je sastavljanje dnevnih ugovora o održavanju trijeznosti, čije uvjete partneri moraju ispunjavati zajednički kod kuće te izvještavati o postignućima na idućem terapijskom susretu (O'Farrell, Fals-Stewart, 2000). Ponekad ovi ugovori uključuju i susrete programa *12 koraka*, te testiranje urina.

Primarni učinci bihevioralne bračne terapije, koje je pokazao pregled literature, jesu poboljšanje bračne prilagodbe i smanjivanje zloupotrebe alkohola i droga, dok se kao sekundarni navode smanjenje partnerskog nasilja i bolje psihosocijalno funkcioniranje djece (Ruff i sur., 2010). Meta-analiza koju su proveli Powers, Vedel i Emmelkamp (2008) pokazala je kako ovaj tretman zaista pokazuje bolje rezultate u odnosu na kontrolnu skupinu u područjima učestalosti i ozbiljnosti

posljedica uzimanja droge te zadovoljstva partnerskim odnosom, u kombinaciji s više točki mjerenja (na završetku tretmana, nakon 12 mjeseci te *follow-up*).

6.7. Novi pristupi tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i njihov potencijal

Osim etabliranih, široko rasprostranjenih tretmana ovisnosti o psihoaktivnim drogama, postoje i mnogi drugi, koji su još uvijek u procesu razvijanja, testiranja i provođenja. Znanstvena dostignuća svakim danom omogućuju sagledavanje ovisnosti iz nove perspektive i nadahnjuju novim idejama na putu prema stvaranju još učinkovitijih i univerzalnijih pristupa tretmanu.

U ovom poglavlju bit će predstavljene i tri nekonvencionalne metode koje još uvijek nisu dovoljno evaluirane da bi bile široko dostupne, no preliminarne studije ukazuju na njihov potencijal i daju stanoviti uvid u njihove dobrobiti po korisnike *pro futuro*.

6.7.1. Imunoterapija

Cjepiva su već dugo vremena jedan od osnovnih alata u preventivnoj medicini u svrhu suzbijanja bolesti, no o njihovoj upotrebi u području tretmana ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (koja je tek relativno odnedavno prihvaćena kao medicinski poremećaj, odnosno bolest) počelo se govoriti tek u novije vrijeme. Cjepiva djeluju na način da stimuliraju imunološki odgovor na uneseni (oslabljeni) mikroorganizam ili neku drugu tvar koja predstavlja bolest. Nakon određenog vremenskog razdoblja stvara se dovoljan broj antitijela koji naknadno blokiraju ili smanjuju učinke unesenog organizma ili druge tvari te tako sprječavaju razvoj bolesti. Ovakva cjepiva nazivaju se profilaktičkima. Imunoterapija namijenjena ovisnosti o drogama, s druge strane, razvija se primarno kao terapijsko cjepivo. Za razliku od klasičnih, ono se primjenjuje kod osoba koje su već razvile bolest. No, pretpostavlja se da će i profilaktička prevencija ovisnosti o drogama biti dostupna u budućnosti (Kosten, Owens, 2005).

Konvencionalni farmakološki tretmani posjeduju važnu negativnu karakteristiku. Naime, oni djeluju na jednak način kao i sredstvo ovisnosti koje se želi isključiti, odnosno proizvode slične efekte u istim dijelovima mozga, te radi toga stvaraju novu ovisnost uz druge nuspojave. Imunoterapija namijenjena ovisnostima zamišljena je kao tvar koja će blokirati efekte određene droge periferno, prije nego ona dođe u centralni sustav i počne djelovati. Dakle, ova terapija djeluje isključivo na sredstvo ovisnosti, a ne i na receptore u mozgu (National Research Council and Institute of Medicine, 2004). Primarna ciljna skupina za ovu terapiju su osobe u opasnosti od predoziranja ili relapsa, kojima će ona služiti kao sredstvo s kojim će održavati apstinenciju nakon završetka perioda suzdržavanja. No, namjena može biti i puno šira, poput sekundarne prevencije kod adolescenata koji su u opasnosti od razvoja ovisnosti ili trudnica, u svrhu zaštite fetusa i majke (Kosten, Owens, 2005).

Imunoterapija kao sredstvo suzbijanja ovisnosti naizgled posjeduje brojne prednosti, pogotovo u usporedbi s etabliranim farmakološkim terapijama. No, ono što vjerojatno koči njen brži razvoj su brojni etički izazovi koje donosi. Da bi ispunilo svoju funkciju, cjepivo se mora unijeti u organizam, što povlači pitanje o dobrovoljnosti potencijalnih korisnika, koji u nekim slučajevima mogu biti djeca ili osuđenici pod probacijom, a za koje bi ovakva terapija mogla biti odobrena od strane roditelja ili izrečena od strane suda. Nadalje, također postoji opasnost pri korištenju te terapije kod prevencije predoziranja. Ako ona blokira ili smanjuje učinak određene droge, ovisna osoba može pokušati uzeti ekstremne količine sredstva ovisnosti kako bi osjetila efekt. Kako su neke droge često pomiješane s drugim štetnim tvarima na koje cjepivo ne djeluje, osoba u tom slučaju može pretrpiti brojne štetne posljedice (Murray, 2004). Stoga ovaj pristup zahtijeva još puno godina rada i pažljivog ophođenja pri njenoj (potencijalno) široj implementaciji.

6.7.2. Kognitivno-bihevioralna terapija na računalu

Kognitivno-bihevioralna terapija jest, kao što je već navedeno, na dokazima utemeljen pristup tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. No za nju, kao i za brojne druge vrste terapija potrebni su brojni financijski resursi, educirani terapeuti te su uglavnom dostupne samo u većim i razvijenijim sredinama. Radi toga u zadnje vrijeme se sve više razvijaju *online* i računalne aplikacije koje preuzimaju ulogu terapeuta. Njima se može pristupiti svugdje, jedini uvjet je računalo i internetska mreža te se na taj način može sudjelovati u terapiji i iz vlastitog doma, bez ikakvog straha od stigmatizacije. Ona reflektira principe i tehnike iz uobičajene kognitivno-bihevioralne terapije te predviđa jednake ishode kod internaliziranih poremećaja (Titov, Andrews, Sachdev, 2010). Uključuje edukativne lekcije, domaće zadaće i druge potrebne resurse, koje donosi preko korisničkog sučelja. Često uključuje i interakciju s terapeutom, ali putem telefona, e-maila ili online foruma, no ponekad su mogući i susreti uživo, dok se u nekim slučajevima terapija obavlja bez ikakvog vođenja.

Općenito uzevši, tretmanske intervencije za suzbijanje ovisnosti koje se provode preko interneta i računala proglašene su učinkovitima (Tait, Spijkerman, Riper, 2013), a kako je već navedeno, isto vrijedi i za kognitivno-bihevioralnu terapiju. Stoga ne iznenađuje da i kombinacija ova dva pristupa tretmanu pokazuje dobre ishode. Kod kokainskih ovisnika, koji su uz KBT na računalu bili na supstitucijskoj terapiji metadonom, pronađeno je da se značajno povećalo vrijeme apstinencije, te su imali i bolje opće ishode (Carroll i sur., 2014). Skupina ovisnika o raznim vrstama droga koja je bila uključena u *online* KBT terapiju, bez ili s minimalnom uključenošću i praćenjem terapeuta, konzumirala je alkohol i droge značajno rjeđe u usporedbi sa skupinom koja je bila u standardnom obliku tretmana (Kiluk i sur., 2018). Terapija je pokazala i dugoročne učinke – *follow-up* studija na 60 ovisnika koji su u njoj sudjelovali pokazala je da su i nakon 6 mjeseci poslije završetka ishodi jednaki ili bolji (Carroll i sur., 2008).

6.7.3. Mobilne aplikacije za tretman ovisnosti o psihoaktivnim tvarima

U današnje doba, kada mobilni uređaji i aplikacije dominiraju u gotovo svakoj sferi života, nije iznenađujuće da se i tretmanske intervencije polako upoznaju s tim svijetom. Iako tek u svojim začetima, tretmanske aplikacije imaju značajan potencijal, jer ruše prepreke koje do sada nijedan tretman nije uspio savladati. Uz njih svaki će korisnik imati priliku pristupiti terapiji i biti praćen svakodnevno, u trenutku kada je njemu to potrebno te će u većini slučajeva to dobiti besplatno. Jedini preduvjet je posjedovanje pametnog mobilnog uređaja na kojem će koristiti aplikaciju. Ovo predstavlja potencijalni problem u manje razvijenim državama i kod marginaliziranih skupina, stoga bi se prije provođenja trebale provesti opsežne studije te, ukoliko je moguće, osigurati mobilne uređaje za odabrane korisnike ovog tretmana. Dahne i Lejuez (2015) proveli su takvo istraživanje u Sjedinjenim Američkim Državama na uzorku pacijenata u institucionalnom tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima te pronašli da velika većina (oko 90%) korisnika posjeduje mobilni uređaj, od kojih je u 70% slučajeva tzv. pametni mobitel.

U zadnje vrijeme se često radi na ovom pristupu. Litvin, Abrantes i Brown (2013) pregledom dotadašnjih postignuća sastavili su okvir unutar kojeg bi se trebao odvijati svaki budući rad u ovom polju. Sastoji se od sljedećih elemenata:

1. Pristupačnost

Najveća prednost ovakvih programa je fleksibilnost korištenja u raznim okruženjima, no pri razvijanju aplikacije treba se odrediti za koje je ona okruženje namijenjena u skladu s ciljanim ishodima i populacijom. Pristup od kuće sigurno ima svoje prednosti u vidu uključivanja korisnika koji izbjegavaju ili nisu u mogućnosti doći u izravan kontakt sa terapeutima, žele zadržati svoju privatnost i izbjeći moguću stigmu. No, kada ne postoji nikakva supervizija, vrlo se teško prate uključenost i ishodi, što može dovesti do slabijih učinaka tretmana. Također, potrebno je odrediti koja će se vrsta tehnologije koristiti, računala ili mobilni uređaji te prisustvo internetske veze ili *offline* način rada. Za ovu komponentu je također važno uzeti u obzir ciljanu skupinu te hoće li sudionici koristiti vlastite uređaje ili ne.

2. Korištenje

Za razliku od izravnih intervencija, gdje su vremenski okviri svakog susreta strogo definirani, kod programa koji se odvijaju preko korisničkog sučelja korisnici to sami određuju. Radi toga, potrebno je raditi na sadržaju i metodama koji će korisnike maksimalno angažirati, osmisliti načine praćenja te uključiti podsjetnike.

3. Kontakt s ljudima

Potrebno je napraviti razliku između aplikacija i programa koji će biti namijenjeni za samostalni tretman te onih koji će se dodati već postojećoj izravnoj terapiji. Kod onih koji ne uključuju izravan kontakt s terapeutom, trebalo bi ipak omogućiti povratne informacije i upute stručnjaka preko same aplikacije ili nekog drugog načina na daljinu. Također, trebala bi se razmotriti i mogućnost umrežavanja s drugim osobama koje su u tretmanu, simulirajući grupnu terapiju.

4. Sadržaj intervencije

Aplikacije se mogu razlikovati prema stupnju interakcije, odnosno, potrebno je odrediti hoće li one biti edukativne i pružati samo takvu vrstu sadržaja ili će zahtijevati i angažman te povratnu informaciju korisnika. Također, kao i kod izravnih tretmana, teorijska podloga mora biti jasna i utemeljena na dokazima o učinkovitosti.

Jedna od ovakvih aplikacija razvijena je u Sjedinjenim Američkim Državama te su se tri godine godine pratili njeni učinci (Quanbeck i sur., 2018). Aplikacija nazvana *Seva* namijenjena je osobama ovisnicima o psihoaktivnim tvarima. Pruža prostor za diskusije, interaktivne treninge rješavanja problema, učenje načina nošenja sa žudnjom i visokorizičnim situacijama te mnoge druge. Ciljana skupina je birana prema mišljenju voditelja, a korisnicima su osigurani mobilni uređaji na kojima su imali pristup aplikaciji. Rezultati studije su pokazali kako su korisnici imali za 34% manji broj dana kada su uzimali drogu, 32% manje hospitalizacija te 49% manje hitnih intervencija. Također, postigli su značajno bolje rezultate kod apstinencije od droge i alkohola od kontrolne skupine. Međutim, pojavio se problem ostanka pacijenata u tretmanu nakon što je ponestalo sredstava za subvencioniranje pristupa internetu i mobilnim uređajima.

Ovakav pristup je za sada obećavajući. Podružnice jedne multinacionalne farmaceutske kompanije u SAD-u razvile su svoje aplikacije namijenjene tretmanu ovisnosti – nazvane reSET i reSET-o

(za ovisnike o opijatima)⁸. Obje inačice namijenjene su pružanju kognitivno-bihevioralne terapije pacijentima starijima od 18 godina, koji sudjeluju u izravnom tretmanu pod supervizijom liječnika. Liječnici također imaju pristup sučelju na kojem se vide informacije o pacijentovom korištenju aplikacije, uključujući završene lekcije, uzimanje droge (samoiskaz korisnika), pojave žudnje ili okidača za uzimanje droge te podataka o rezultatima analize urina. Ove aplikacije predstavljaju prvu digitalnu terapiju na svijetu, koju može propisati liječnik.

Pojavom novih tehnologija za očekivati je da će se ovakav pristup tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima sve više spominjati i razvijati. Uz brojne prednosti koje nudi, mogao bi biti prihvaćen kod određene populacije koja se nije pronašla u drugim vrstama tretmana. No, za neke ovakav tretman ne može i ne bi smio zamijeniti konvencionalne metode tretmana iako im može biti snažna podrška.

6.7.4. Prevencija relapsa bazirana na *mindfulness*-u

Mindfulness, odnosno “usredotočena svjesnost”, praksa je proizašla iz budizma i njegovog prakticiranja meditacije. Njena operativna definicija glasi: svjesnost o stvarima koje se događaju u sadašnjem trenutku, koja proizlazi iz voljnog obraćanja pažnje te bez ikakvog osuđivanja (Kabat-Zinn, 2003). *Mindfulness* je zapravo naziv za oblik meditacije kojemu je cilj postati svjesniji stvari oko sebe te na taj način bolje funkcionirati pri svakodnevnim izazovima. Meditativna praksa koncept je star više tisuća godina, a zadnjih godina sve se više počinje koristiti i u terapijske svrhe, uglavnom u obliku koji je lišen duhovnosti. Primjenjuje se kod raznih zdravstvenih poteškoća, poput kognitivno-bihevioralne terapije zasnovane na *mindfulnessu* kojoj je cilj prevencija depresivnih epizoda (Segal, Williams, Teasdale, 2002). Na ovoj terapiji je temeljena i prevencija relapsa kod ovisnosti koja obuhvaća i *mindfulness*.

Prevencija relapsa zasnovana na *mindfulness*-u je intervencija koja se provodi na temelju postavki kognitivno-bihevioralnog pristupa te prakse temeljene na *mindfulnessu*, a namijenjena je pojedincima koji su prošli neki oblik tretmana ovisnosti o psihoaktivnim tvarima te se nalaze u

⁸ <https://peartherapeutics.com/products/reset-reset-o/>

ranoj fazi apstinencije (Bowen, Chawla, Witkiewitz, 2014). Osim intervencija poput ove, koja je bazirana na *mindfulness*-u i zahtijeva svakodnevne, formalne meditacijske vježbe, postoje i one koje od *mindfulness*-a koriste samo određene vještine i vježbe. Prevencija relapsa zasnovana na *mindfulness*-u je osmotjedni program koji je utemeljen na sljedećim principima (Bowen, Chawla, Witkiewitz, 2014):

- 1) svjesnost usmjerena na sadašnji trenutak i vještine prebacivanja i održavanje pažnje;
- 2) mijenjanje izbjegavajućeg načina nošenja s okidačima i podražajima u pristupačan način kroz izlaganje njihovim kognitivnim, emocionalnim i fizičkim elementima uz njihovo prihvaćanje;
- 3) praksa dobrote i brige prema samome sebi, uz neosuđujući pristup sebi i iskustvima.

Učinkovitost ove terapije oslanja se na procese vezane uz žudnju, koji se definiraju kao kognitivni odgovor sa stimulirajućim karakteristikama. Ponašajni odgovori na žudnje, koji su česti kod poremećaja vezanih uz zloupotrebu psihoaktivnih tvari, posljedica su kompleksnog sustava sastavljenog od okolinskih podražaja i kognitivnih odgovora na njih, pozitivnih i željenih učinaka droge te negativnih potkrepljenja u obliku otklanjanja negativne emocionalnosti ili simptoma apstinencije (Witkiewitz, Marlatt, Walker, 2005). *Mindfulness* u tom slučaju može služiti kao sredstvo koje će poremetiti proces, pružanjem veće svjesnosti i prihvaćanja žudnje, bez osuđivanja, analiziranja i na kraju, reagiranja na nju.

Inicijalna studija učinkovitosti prevencije relapsa temeljenog na *mindfulness*-u (Bowen i sur., 2014) pokazala je kako je ona učinkovita u tretmanu ovisnosti te je moguća alternativa za etablirane programe. Pokazala je postojanje pozitivnih učinaka ove terapije na učestalost uzimanja droge, smanjenu žudnju te povećanu svjesnost i prihvaćanje. Nakon toga proveden je određen broj dodatnih studija učinkovitosti. Meta-analiza njih devet (Grant i sur., 2017) pokazala je malu, no statistički značajnu uspješnost ovog pristupa kod smanjenja simptoma apstinencije i žudnje te negativnih posljedica uzimanja. Ipak, kod važnijih ishoda, poput relapsa, učestalosti uzimanja, depresivnih i anksioznih simptoma nije pronađena dovoljno značajna razlika u usporedbi s uobičajenim tretmanom. Autori navode kako ovi rezultati mogu biti ishod malog broja ispitanika u istraživanjima te činjenice da se većinom radilo o pilot studijama.

Prevencija relapsa zasnovana na *mindfulness*-u pristup je koji je zasnovan na utemeljenoj, no pomalo nekonvencionalnoj praksi te će vjerojatno biti potrebno još vremena kako bi bio šire

prihvaćen i korišten u praksi. Istraživanja učinkovitosti pokazuju kako ovaj oblik tretmana obećava, ali je, također, vidljivo da je potrebno još prakse kako bi se mogao iskoristiti njegov puni potencijal.

7. TRETMAN OVISNOSTI O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Osim farmakoterapije, u Republici Hrvatskoj tretman ovisnosti uključuje i različite psihosocijalne intervencije. Prema Smjernicama za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu (2014; u daljnjem tekstu: *Smjernice*)⁹, one označavaju postupke koji su utemeljeni stručno i na praktičnom iskustvu, usmjereni postizanju društveno prihvatljivog i prilagođenog funkcioniranja te potpori očuvanju zdravlja, a mogu se provoditi samostalno ili u kombinaciji s farmakološkim intervencijama, te su individualno prilagođene vrsti i stupnju problema osobe. Provode se u sklopu zdravstvenog, socijalnog i zatvorskog sustava, na psihološkoj i socijalnoj razini. Intervencije psihološke razine uključuju kratke savjetodavne intervencije, edukaciju pacijenta o zaraznim bolestima, motivacijski intervju, psihoedukacije, prevenciju relapsa, trening životnih vještina, kognitivno-bihevioralnu terapiju, sustav nagrade i kazne, obiteljsku i bračnu, te psihodinamsku terapiju. Na području Hrvatske, tretman ovisnosti o psihoaktivnim tvarima provodi se u tri oblika: bolničkim i izvanbolničkim liječenjem te psihosocijalnim tretmanom unutar terapijskih zajednica i domova za ovisnike¹⁰.

Bolničko liječenje provodi se u psihijatrijskim bolnicama, na odjelima u općim, županijskim i kliničkim bolnicama te na odjelu u zatvorskoj bolnici. Programi liječenja, uz grupnu i individualnu (psihoedukacija, motivacijski intervju, savjetovanje, suportivna i kognitivno-bihevioralna terapiju) te obiteljsku terapiju, uključuju¹¹:

- 1) postupak detoksikacije (od opijata, metadona, buprenorfina, sedativa),
- 2) testiranje podnošenja apstinencije uz ili bez farmakoterapije,
- 3) pronalaženje adekvatne doze metadona,
- 4) postupak transfera s nižih doza metadona na buprenorfin ili naltrekson,

⁹<https://drogeiovisnosti.gov.hr/djelokrug/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/publikacije/za-strucnjake/smjernice/smjernice-za-psihosocijalni-tretman-ovisnosti-o-drogama-u-zdravstvenom-socijalnom-i-zatvorskom-sustavu-2014/1165>

^{10,11}<https://drogeiovisnosti.gov.hr/ovisnosti-i-vezane-teme/podrucja-suzbijanja-ovisnosti/lijecenje-i-psihosocijalni-tretman/1006>

- 5) postupak transfera s visokih doza metadona na buprenorfin (pomoću privremene supstitucije),
- 6) revidiranje terapije i psihičku stabilizaciju radi komorbiditetnih komplikacija, te
- 7) prevenciju relapsa.

Izvanbolničko liječenje dostupno je u Službi za zaštitu mentalnog zdravlja te prevenciju ovisnosti pri Županijskim zavodima za javno zdravstvo, u jednom Savjetovalištu za prevenciju ovisnosti te u jednom kliničkom bolničkom centru. Osim individualnog i obiteljskog savjetovanja, ove službe pružaju i sljedeće usluge:

- 1) psihoterapija,
- 2) modifikacija ponašanja,
- 3) psihijatrijske obrade,
- 4) propisivanje i nastavak već uvedene farmakoterapije,
- 5) kontrole urina na prisutnost droga i kapilarne krvi na HIV, HCV, HBV i sifilis,
- 6) po potrebi somatski pregledi,
- 7) niz preventivnih i edukativnih aktivnosti te
- 8) druge metode i postupci.

Treći oblik, odnosno mjesto provođenja tretmana su terapijske zajednice i domovi za ovisnike, u kojima se usluge korisnicima mogu osigurati najdulje tri godine. Predstavljaju institucionalni oblik tretmana zasnovan na načelu zajedništva, samopomoći i napredovanju u hijerarhiji osobnih uloga u zajednici (Smjernice, 2014). Tretman i psihosocijalnu rehabilitaciju pružaju kao udruge ili religijske zajednice u sklopu humanitarne djelatnosti, ili su ustrojene kao ustanove unutar sustava socijalne skrbi. Kriteriji za ulazak ovise o pojedinoj terapijskoj zajednici, odnosno, u slučaju zajednica koje djeluju kao ustanove socijalne skrbi, potrebno je rješenje Centara za socijalnu skrb. Usluge koje nude uključuju socijalni i savjetodavni rad, psihosocijalnu pomoć i podršku, radnu terapiju, brigu o zdravlju te psihološku podršku. Programi koji se provode unutar zajednica uključuju:

- 1) tretman i odvikavanje od ovisnosti o drogama i drugim psihoaktivnim sredstvima,
- 2) programe psihosocijalne rehabilitacije i resocijalizacije,
- 3) savjetovanje,
- 4) radne terapije,

- 5) grupe samopomoći za obitelji korisnika,
- 6) različite edukativno-promidžbene aktivnosti s ciljem prevencije ovisnosti te
- 7) posredništvo pri upućivanju ovisnika na tretman u terapijske zajednice u inozemstvu.

U zdravstvenom sustavu, Smjernice (2014) kao najučinkovitije programe preporučuju sustav nagrade i kazne, koji je umjereno do visoko učinkovit za sve vrste droga te sve korisnike, no samo za uspostavu apstinencije (ne i njeno održavanje), te kognitivno-bihevioralnu terapiju kod osoba s komorbiditetom, koja značajno poboljšava ishode tretmana i suradnju kod komorbiditeta. U sustavu socijalne skrbi, također prednjači sustav nagrade i kazne, pogotovo u kombinaciji s nekim oblikom tretmana ponašanja (poput psihoedukacije, prevencije relapsa, treninga vještina), te prevencija relapsa koja je najučinkovitija kod polisupstanci te za proces psihosocijalne prilagodbe. U zatvorskom sustavu programi s najboljim tretmanskim ishodima uključuju sustav nagrade i kazne, strukturirani grupni tretman zasnovan na KBT principima i prevenciji relapsa te modificiranu terapijsku zajednicu.

8. RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Najrasprostranjeniji pristupi tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i tretmansi programi utemeljeni su na empirijskim dokazima i evaluaciji tretmanske prakse. Radi toga ne iznenađuju rezultati evaluacija koje u najvećem dijelu dokazuju njihovu učinkovitost. Ipak, potrebno je problematizirati nekoliko ključnih pitanja: Što točno određenu intervenciju proglašava učinkovitom? Logičan i najjednostavniji odgovor bi bio prestanak uzimanja droga ili stabilna apstinencija. Koliko dugo ona mora trajati, je li to doživotno ili na neko određeno vrijeme? Kako se evaluira situacija u kojoj osoba apstinira nakon tretmana ovisnosti o heroinu, no i dalje uzima kanabis? Može li se kod dugogodišnjih i teških ovisnika i rjeđe uzimanje smatrati uspješnim ishodom tretmana?

Na ova pitanja nije lako dati cjelovit i jednoznačan odgovor. Kod ciljeva tretmana vrlo često se, osim prestanka uzimanja droge, uzima u obzir i opće psihosocijalno funkcioniranje, kvaliteta i zadovoljstvo životom, zdravlje osobe i sl. Iz navedenih razloga vrlo je teško procijeniti opću učinkovitost programa tretmana, čak i kada se u obzir uzmu sve ove varijable. Ipak, može se ustvrditi da je tretman uspješan ako dovede do bilo kojeg pozitivnog pomaka u korisnikovom životu.

Drugo važno pitanje tiče se karakteristika intervencije koje rezultiraju pozitivnim učincima. National Institute of Drug Abuse (2018) navodi sljedeća načela kao temelj svakog učinkovitog tretmana:

1. ovisnost je kompleksan, ali izlječiv poremećaj koji utječe na funkcioniranje mozga i ponašanje;
2. nijedan pristup tretmanu nije učinkovit za svakoga;
3. tretman treba biti dostupan u bilo koje vrijeme;
4. učinkovit tretman usmjerava se na višestruke potrebe pojedinca, a ne samo na zlouporabu droga;
5. korisnik mora ostati u tretmanu dovoljno dugo vremena, sukladno svojim potrebama i problemima;
6. bihevioralne terapije, uključujući individualne, obiteljske i grupne su najčešće korišten oblik tretmana;

7. farmakološka terapija je važan element u tretmanu za mnoge korisnike, posebice kada je kombinirana sa savjetovanjem ili bihevioralnim vrstama tretmana;
8. korisnikov plan programa tretmana mora prolaziti kroz kontinuirane ponovne procjene i modifikacije, kako bi bio u skladu s promjenama njegovih potreba;
9. velik broj ovisnika o drogi pati i od nekog drugog oblika psihičkog poremećaja;
10. medicinski potpomognuta detoksikacija je samo prvi korak u tretmanu ovisnosti i dugoročno gledajući, ako se primjenjuje samostalno, ne može biti učinkovita;
11. tretman ne mora nužno biti dobrovoljan da bi bio učinkovit;
12. uzimanje droge tijekom tretmana mora biti strogo praćeno, jer se relapsi događaju;
13. tretmansi programi trebaju testirati korisnike na HIV i AIDS, hepatitis B i C, tuberkulozu i ostale zarazne bolesti kao i ponuditi intervencije za smanjenje rizika.

Navedeni principi služe kao smjernice pri sastavljanju programa bilo kojeg tretmana pojedinca, no u praksi je najteži sljedeći korak, a to je uskladiti elemente, metode i tehnike intervencije s njima. Neki programi stoga imaju strogo strukturirane planove tretmana poput Matrix modela ili bihevioralne braćne terapije, no jednako učinkovitima se pokazuju i oni s puno manje planiranih sadržaja, poput programa 12 koraka. Ovime do izražaja dolazi drugo načelo, koje navodi kako nijedan program tretmana ne može jamčiti uspješan ishod za svakog korisnika. Stoga su od iznimne važnosti početna i kasnije procjene kroz praćenje korisnika. Mnogo uspješnih programa rukovodi se i četvrtim načelom poput multisistemske terapije koja se usmjerava na sveobuhvatno korisnikovo okruženje te kognitivno-bihevioralne terapije koja korisnika uči vještinama koje može koristiti kao načine nošenja s različitim životnim preprekama. Postoji veliki broj karakteristika koje povećavaju mogućnost boljih ishoda nekog programa poput psihosocijalnih intervencija za povećanje motivacije, nagrađivanja za uspjeh, vođenja od strane educiranih terapeuta, no zaključak je kako zapravo nijedna od tih karakteristika ne jamči uspjeh i nijedna intervencija nema apsolutnu učinkovitost. Međutim, kao i kod drugih vrsta tretmana, to se ni ne očekuje. Daljnji razvoj programa tretmana, njihove kontinuirane evaluacije i modifikacije te osmišljavanje i testiranje novih pristupa vjerojatno će s vremenom dalje podizati razinu učinkovitosti.

Zlouporeba psihoaktivnih tvari danas je globalna i sve raširenija pojava, no u isto vrijeme raste i broj dostupnih tretmana ovisnosti. Pojavljuju se nove vrste droga, mijenjaju se karakteristike populacija koje ih uzimaju, pronalaze se novi načini za njihovu proizvodnju i distribuciju. Osim

posljedica za pojedinca, ovisnost o drogama čini značajnu štetu i sustavu javnog zdravstva. Iz navedenih razloga je razumljivo kako se sve više truda ulaže u konstruiranje što učinkovitijih pristupa i programa, koji će biti isplativi, usmjereni na rezultate i utemeljeni na dokazima.

Od svih postojećih pristupa najjednostavniji oblik tretmana jest farmakološka supstitucijaka terapija, koja se uglavnom koristi kod ovisnosti o opijatima. Premisa je zamijeniti štetnu tvar o kojoj je osoba ovisna drugom, koja nema toliko negativnih posljedica i na taj način umanjiti ovisnički sindrom. Međutim, u praksi se situacija često znatno razlikuje. Najveći nedostatak očituje se u tome što se ovom terapijom zapravo jedna vrsta ovisnosti zamjenjuje drugom, pa osoba i dalje ima sličan problem, samo uz manje izravnih negativnih učinaka na psihofizičko zdravlje. Istraživanja uglavnom idu u prilog ovoj terapiji kada je riječ o najekstremnijim posljedicama ovisnosti o opijatima, jer se pokazalo da smanjuje stopu smrtnosti (Bell, Zador, 2000). Takvi rezultati istraživanja su doista značajni s obzirom da je ovisnost o opijatima jedna od najpogubnijih vrsta ovisnosti (EMCDDA, 2019). S druge strane, studije također pokazuju da se kvaliteta života ovisnika koji su na supstitucijskoj terapiji ne razlikuje značajno od onih koji nisu. Usprkos svemu, ova terapija ima iznimno važnu prednost, a to je njena moć privlačenja i zadržavanja ovisnika u psihosocijalnim programima liječenja. U tom slučaju, kada je korisnik, uz farmakološku terapiju, također uključen i u neki drugi oblik psihosocijalnog tretmana, mogućnosti za izliječenje od ovisnosti rastu, uz poboljšanje općeg psihosocijalnog funkcioniranja. Stoga ne treba zanemariti farmakoterapiju, iako bi se nekim drugim pristupima trebala dati prednost. U nekim slučajevima, kada je ovisnik životno ugrožen, ona je čak i jedini način pomoći. Potrebno je i nadalje razvijati ovu vrstu terapije, kombinirati ju s drugim vrstama tretmana kako bi korisniku bila pružena cjelovita podrška te pokušati umanjiti njene štetne posljedice, kao što je već napravljen iskorak s buprenorfinom u odnosu na metadon.

Još jedan etablirani, dugoročni pristup tretmanu ovisnosti je provođenje kognitivno-bihevioralne terapije, koja pruža dokaze učinkovitosti u tretmanu mnogih psihičkih poremećaja. Na njenim postavkama je također utemeljen veliki broj različitih programa, od kojih neki pokazuju vrlo dobre ishode određenih tretmanskih ciljeva poput sustava nagrade i kazne (*Contingency Management*), motivacijskog intervjua te prevencije relapsa. Opća kognitivno-bihevioralna terapija provedena s ovisnicima ima jednu važnu prednost, a ona se odnosi na učenje niza tehnika nošenja sa žudnjom i okidačima, što ju izdvaja od drugih pristupa. Istraživanja su uglavnom konzistentna u

dokazivanju njene učinkovitosti pri smanjenju uzimanja droge, osobito kod ovisnika o kanabisu i kokainu te kod ovisnica. Nedostatak je, s druge strane, što se ne pokazuje učinkovito kod ovisnosti o više različitih psihoaktivnih tvari (*polydrug use*), što predstavlja najteži oblik ovog komorbidnog poremećaja. Također, upitni su dokazi o dugoročnijoj učinkovitosti. Međutim, u kombinaciji s nekim drugim programima njena učinkovitost raste. Jedan od njih je sustav nagrade i kazne, koji je dio šireg kognitivno-bihevioralnog pristupa tretmanu, a zasnovan je na potkrepljivanju pozitivnih tretmanskih ishoda. Svrstava se u programe s najboljim učincima pod određenim uvjetima. Neki od njih su dovoljno vrijedne nagrade koje služe kao potkrepljenja, potkrepljivanje neposredno nakon dokaza o ispunjenju cilja te kod korisnika koji su ovisni samo o jednoj vrsti droge. Ako ovi uvjeti nisu zadovoljeni, učinkovitost drastično pada. Ovaj program se ne može koristiti dugoročno, jer je namijenjen samo početnom prevladavanju žudnje tijekom ranih faza apstinencije, a česta prepreka pri provođenju jest činjenica što zahtijeva veća sredstva za financiranje.

Jedan od programa koji nudi više različitih, strogo strukturiranih intervencija jest Matrix model. Ovaj program namijenjen ovisnosti o kokainu i drugim stimulansima uključuje razne grupne terapije za korisnike, poput grupe za prevenciju relapsa, socijalnu podršku ili obiteljske edukativne grupe. Osim toga, provode se i individualne terapije, kao i uključivanje u susrete 12 koraka. Kako studije učinkovitosti pokazuju, čini se kako ova strukturiranost i sveobuhvatnost ima pozitivan učinak na smanjenje uzimanja droge, ali i opće psihosocijalno funkcioniranje. Matrix model uključuje i susrete 12 koraka, koji su sami po sebi vrsta tretmana ovisnosti, no oni su po mnogočemu različiti od prethodno opisanog modela. Za početak, 12 koraka nije vođen od strane educiranog stručnjaka, već je cilj da sama grupa djeluje terapijski. Nadalje, korisnik ne uči vještine i modificira misli proaktivno, već se prepušta grupi da ga vodi. Na kraju, ne postoji niz različitih intervencija, već se suština tretmana svodi na sudjelovanje u grupnim sastancima, praćenju propisanih 12 koraka, te strogoj apstinenciji od svih psihoaktivnih tvari. Usprkos tome što istraživanja pokazuju kako je on doista učinkovit u vidu održavanja apstinencije i poboljšanja psihosocijalnog funkcioniranja, te se po tome ne razlikuje značajno od drugih, dokazano učinkovitih pristupa, program 12 koraka uključuje brojne prepreke za uključivanje korisnika, te radi toga ima utjecaj samo na selektiranu populaciju. Ipak, ovaj program jedan je od najrasprostranjenijih te najdostupnijih (besplatan je), a uz dokaze o svojoj učinkovitosti, može se konstatirati da pruža pomoć značajnom broju ljudi.

Kod tretmana adolescenata, naglasak je često na obiteljskim terapijama, te onim koje u fokusu imaju cijelu okolinu korisnika, poput multisistemske i multidimenzionalne obiteljske terapije. Nijedan od ovih programa tretmana nije usmjeren samo na ovisnost o drogama, no ta činjenica predstavlja prednost. Ove vrste tretmana usmjerene su na cijeli spektar problema u životu djeteta ili adolescenta te stoga samim poboljšanjem životne okoline smanjuju utjecaj rizičnih čimbenika, koji su, među ostalima, odgovorni i za zlouporabu droga. Istraživanja pokazuju njihovu dugoročnu učinkovitost kod smanjenja uzimanja droga i općeg obiteljskog funkcioniranja. Utjecaj na zlouporabu droga može se i povećati uvođenjem drugih bihevioralnih pristupa poput sustava nagrade i kazne. Uključivanje drugih članova obitelji u terapiju, točnije partnera, važan je čimbenik koji i kod odraslih osoba može pokrenuti značajnije promjene, primjerice, kao i u slučaju bihevioralne bračne terapije.

Neki novi pravci koji se razvijaju u preventivnoj i tretmanskoj znanosti su korištenje novih tehnoloških dostignuća u pružanju intervencija, ali i tehnika koje postoje već tisućama godina, no tek odnedavno počinju se upotrebljavati u ove svrhe poput *mindfulness*-a. Rane studije učinkovitosti pokazuju kako bi se ovi pristupi uskoro mogli naći uz bok etabliranim oblicima tretmana. Naravno, i ove intervencije donose svoje nedostatke i prepreke, poput poteškoća s praćenjem napretka ili kontakta s terapeutom kod kognitivno-bihevioralne terapije na računalo, ili pak prakse usredotočene meditacije u prevenciji relapsa temeljenoj na *mindfulness*-u, koja je nekim pojedincima iznimno teška za rad na sebi. Međutim, one također privlače skupine korisnika koji su propustili ili odbili uključivanje u postojeće vrste tretmana radi njihovih nedostataka ili nedostupnosti,. Stoga je logično očekivati da će i ove vrste tretmana vjerojatno pokazivati svoje pozitivne učinke kod određenih skupina u nadolazećem razdoblju.

Kako je vidljivo iz ovoga rada, u današnje vrijeme dostupni su brojni i raznoliki pristupi tretmanu ovisnosti. Prožeti su metodama i tehnikama koje dokazano smanjuju uzimanje droge. Neke od njih korisnicima pružaju znanja i vještine sa svrhom lakšeg prevladavanja žudnje i raznovrsnih okidača tijekom apstinencije, konstantno praćenje i podršku, pozitivno potkrepljivanje dobrih tretmanskih ishoda te uključivanje bliskih osoba i okoline pojedinca u tretman. Pritom je od izuzetne važnosti pažljivo selektirati populaciju koja može imati optimalne koristi od određene vrste tretmana. Unatoč svim naporima, ovisnici o više različitih vrsta droga su skupina kojoj, naizgled, najveći

broj postojećih oblika tretmana nudi najmanje pozitivne učinke. Stoga u budućem radu na razvoju novih pristupa treba posvetiti posebnu pozornost upravo tim korisnicima.

Sveukupno sagledavajući rezultate postojećih pristupa tretmanu, može se ustvrditi da ispunjavaju svoju svrhu. Neki od njih postoje već desetljećima, a njihovo neprekidno provođenje ukazuje na značajnu vrijednost koju posjeduju. Svakako treba uzeti u obzir karakteristike populacija po dobi, korištenim vrstama droga, socio-kulturalnom okruženju, što se vremenom mijenja i zato se postojeći programi moraju modernizirati i prilagođavati svakom pojedinom korisniku. Primjer ispunjavanja ovih uvjeta su programi kojima se kognitivno-bihevioralna terapija provodi preko računala i mobilnih uređaja te tako proširuju svoju dostupnost, a ona je nerijetko važna prepreka.

Iako nijedan pojedinačni oblik tretmana ne može biti učinkovit za svakog korisnika, za očekivati je da od brojnih tretmanskih pristupa svatko može izabrati barem jednu vrstu tretmana koja će za njega biti prikladna i učinkovita. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima je ozbiljan i težak poremećaj, koji, osim na osobu, značajno utječe i na njenu okolinu i njoj bliske osobe. Stoga je od izuzetne važnosti i dalje raditi na proširivanju dosadašnjih spoznaja, kontinuirano proučavati mehanizme stvaranja ovisnosti, usmjeravati se na potrebe korisnika te napraviti sve kako bi učinkovitost intervencija namijenjenih suzbijanju ovisnosti o psihoaktivnim tvarima dosegla svoj maksimum.

LITERATURA

Knjige i članci

1. Alexander, B. K., i Schweighofer, A. R. F. (1988). Defining "addiction." *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 29(2), 151-162.
2. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
3. Baldwin, S.A., Christian, S., Berkeljon, A. i Shadish, W.R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 38(1). 281-304.
4. Baldwin, S.A., Christian, S., i Berkeljon, A. (2012). The Effects Of Family Therapies For Adolescent Delinquency And Substance Abuse: A Meta-Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 38(1). 281-304.
5. Ball, J.C. i Ross, A. (1991). The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome. New York: Springer-Verlag.
6. Barrett Waldron, H., i Kaminer, Y. (2004). On the Learning Curve: The Emerging Evidence Supporting Cognitive-Behavioral Therapies for Adolescent Substance Abuse. *Addiction*. 99(2). 93-105.
7. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., i Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.
8. Beck, J. (2011). Cognitive Behavior Therapy. New York: The Guilford Press.
9. Bell, J. i Zador, D. (2000). A Risk-Benefit Analysis of Methadone Maintenance Treatment. *Drug Safety*. 22(3). 179-190.
10. Bowen, S., Chawla, N. i Witkiewitz, K. (2014). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. U: Baer, R. (Ur.): Mindfulness-Based Treatment Approaches. Cambridge: Academic Press.
11. Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 71(5). 547–556.

12. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
13. Carroll, K.M., Ball, S.A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T.A., Rounsaville, B.J. (2009). Enduring effects of a computer-assisted training program for cognitive behavioral therapy: a 6-month follow-up of CBT4CBT. *Drug and Alcohol Dependence*. 100(1-2). 178-181.
14. Carroll, K.M., Kiluk, B.D., Nich, C., Gordon, M.A., Portnoy, G.A., Marino, D.R. i Ball, S.A. (2014). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy: efficacy and durability of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on methadone. *The American Journal of Psychiatry*. 171(4). 436-444.
15. Dahne, J., i Lejuez, C. W. (2015). Smartphone and Mobile Application Utilization Prior to and Following Treatment Among Individuals Enrolled in Residential Substance Use Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 58. 95-99.
16. Donovan, D.M. i Wells, E.A. (2007). 'Tweaking 12-Step': the potential role of 12-Step self-help group involvement in methamphetamine recovery. *Addiction*. 102(1). 121-129.
17. Donovan, D.M., Ingalsbe, M.H., Benbow, J. i Daley, D.C. (2013). 12-Step Interventions and Mutual Support Programs for Substance Use Disorders: An Overview. *Social Work in Public Health*. 28(3-4). 313-332.
18. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019): *European Drug Report 2019: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
19. Foddy, B., i Savulescu, J. (2010). A Liberal Account of Addiction. *Philosophy, psychiatry, & psychology : PPP*, 17(1). 1–22.
20. Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M. i Hempel, S. (2017): Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*. 11(5). 386-396.
21. Green, C. A., McCarty, D., Mertens, J., Lynch, F. L., Hilde, A., Firemark, A., Weisner, C.M., Pating, D. i Anderson, B. M. (2014): A qualitative study of the adoption of buprenorphine for opioid addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*. 46(3). 390–401.
22. Griffin, P.M., Hohenstein, J.M., Humfleet, G.L., Reilly, P.M., Tusel, D.J., Hall, S.M. (1998): Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(5). 832-837.

23. Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R. i Simpson, D.D. (2000): Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1-2), 55-66.
24. H.J., Myers, T.G. (2004): *New Treatments for Addiction: Bibehavioral, Ethical, Legal and Social Questions*. New York: The National Academies Press.
25. Hartnett, D., Carr, A. , Hamilton, E. i O'Reilly, G. (2017): The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavioral and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis. *Family Process* 56. 607-619.
26. Hengerrel, S.W., Pickrel, S.G. i Brondino, M.J. (1999): Multisystemic Treatment of Substance-Abusing and -Dependent Delinquents: Outcomes, Treatment Fidelity, and Transportability. *Mental Health Services Research*. 1(3). 550-560.
27. Henggeler, S.W. i Schaeffer, C.M. (2016): Multisystemic Therapy(®): Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. *Family Process*. 55(3). 514-528.
28. Henggeler, S.W., Clingempeel, W.G., Brondino, M.J., Pickrel, S.G. (2002): Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 41(7). 868-874.
29. Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S.J., Gulati, V., Brethen, P. i Rawson, R.A. (1997). Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addichve Diseases*. 16(4). 41-50.
30. Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. i Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(4). 563-570.
31. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10(2). 144-156.
32. Kiluk, B.D., Nich, C., Buck, M.B., Devore, K.A., Frankforter, T.L., LaPaglia, D.M., Muvvala, S.B. i Carroll, K.M.. (2018). Randomized Clinical Trial of Computerized and Clinician-Delivered CBT in Comparison With Standard Outpatient Treatment for Substance Use Disorders: Primary Within-Treatment and Follow-Up Outcomes. *The American Journal of Psychiatry*. 175(9). 853-863.
33. Kosten, T. i Owens, S.M. (2005). Immunotherapy for the treatment of drug abuse. *Pharmacology & Therapeutics*. 108(1). 76-85.

34. Kreek, M. J. (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction: History, recent molecular and neurochemical research, and future in mainstream medicine. U: Glick, S.D. i Maisonneuve, I.M. (Ur.): *Annals of the New York Academy of Sciences*: Vol. 909. New medications for drug abuse. New York: New York Academy of Sciences.
35. Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E. i Greenbaum, P.E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 77(1). 12-25.
36. Lile, B. (2003). Twelve step programs: An update. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2(1). 19–24.
37. Litvin, E.B., Abrantes, A.B. i Brown, R.A. (2013). Computer and mobile technology-based interventions for substance use disorders: An organizing framework. *Addictive behaviours*. 38(3). 1747-56.
38. Lussier, J.P., Heil, S.H., Mongeon, J.A., Badger, G.J. i Higgins, S.T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*. 101(2). 192-203.
39. Maeyer, J. de, Vanderplasschen, W., Lammertyn, J, van Nieuwenhuzen, C, Sabbe, B i Broekaert, E. (2011). Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone. *Quality of Life research*. 20(1). 139-150.
40. Magidson, J.F., Gouse, H., Burnhams, W., Wu, C.Y., Myers, B., Joska J.A., i Carrico, A.W. (2017). Beyond methamphetamine: Documenting the implementation of the Matrix model of substance use treatment for opioid users in a South African setting. *Addictive Behaviour*. 66. 132-137.
41. Magill, M. i Ray, L.A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drug*. 70(4). 516-527.
42. Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., i Davoli, M. (2008). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 16(2).
43. McHugh R.K., Hearon B.A. i Otto M.W. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 33(3). 511-525.

44. Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrady, B.S., Kahler, C.W. i Frey, R.M. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65(6). 768-777.
45. Murray, T.H. (2004). Ethical Issues in Immunotherapies and Depot Medications for Substance Abuse. U: Harwood, H.J., Myers, T.G. (Ur.): New Treatments for Addiction: Bihevioral, Ethical, Legal and Social Questions. New York:The National Academies Press.
46. Nielsen, S., Hillhouse, M., Thomas, C., Hasson, A., i Ling, W. (2013). A comparison of buprenorphine taper outcomes between prescription opioid and heroin users. *Journal of Addiction Medicine*. 7(1). 33–38.
47. O’Farrell, T.J. i Schein, A.Z. (2000). Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. *Journal of Substance Abuse and Treatment*. 18(1). 51-54.
48. O’Farrell, T.J., i Fals-Stewart, W. (2006). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. New York: The Guilford Press.
49. Obert, J.L., McCann, M.J., Marinelli-Casey, P., Weiner, A., Minsky, S., Brethen, P. i Rawson, R. (2000). The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: history and description. *Journal of Psychoactive Drugs*. 32(2). 157-164.
50. Ouimette, P.C., Finney, J.W. i Moos, R.H. (1997). Twelve-step and cognitive--behavioral treatment for substance abuse: a comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65(2). 230-240.
51. Petry, N.M. (2011). Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it. *The Psychiatrist*. 35(5). 161-163.
52. Pol, T.M. van der, Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh,L., Vermeiren, R.R.J.M. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 58(5). 532-545.
53. Potter, J.S., Dreifuss, J.A., Marino, E.N., Provost, S.E., Dodd, D.R., Rice, L.S., Fitzmaurice, G.M., Griffin, M.L. i Weiss, R.D. (2015). The multi-site prescription opioid addiction treatment study: 18-month outcomes. *Journal of Substance Abuse*. 48(1). 62-69.
54. Quanbeck, A., Gustafson, D.H., Marsch, L.A., Chih, M.Y., Kornfield, R., McTavish, F., Johnson, R., Brown, R.T., Mares, M.L., Shah, D.V. (2018). Implementing a Mobile Health

- System to Integrate the Treatment of Addiction Into Primary Care: A Hybrid Implementation-Effectiveness Study *Journal of Medical Internet Research*. 20(1). 37.
55. Rawson, R.A., Obert, J.L., McCann, M.J. i Mann, A.J. (1986). Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient and no treatment. U: L.S. Harris (Ur.): Problems of Drug Dependence: Proceedings of the 4th Annual Scientific Meeting of the Committee on Problems of Drug Dependence. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
56. Rawson, R.A., Shoptaw, S.J., Obert, J.L., McCann, M.J., Hasson, A.L., Marinelli-Casey, P.J., Brethen, P.R. i Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 12(2). 117-127.
57. Riksheim, M., Gossop, M. i Clausen, T. (2014). From methadone to buprenorphine. Changes during a 10 year period within a national opioid maintenance treatment programme. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 46(3). 291-294.
58. Ruff, S., McComb, J.L., Coker, C.J. i Sprenkle, D.H. (2010). Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: a substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. *Family Process*. 49(4). 439-456.
59. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., i Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
60. Sexton, T. L. (2011). Functional family therapy in clinical practice: An evidence-based treatment model for working with troubled adolescents. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
61. Shoptaw, S., Rawson R.A., McCann, M.J.i Obert, J. (1995). The Matrix Model of Outpatient Stimulant Abuse Treatment. *Journal of Addictive Diseases*. 13(4). 129-141.
62. Stouwe, T. van der, Asscher, J.J., Stams, G.J., Deković, M. i van der Laan, P.H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 34(6). 468-481.
63. Sussman, S., i Sussman, A.N. (2011). Considering the Definition of Addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 8(10). 4025-4038.
64. Tait, R.J., Spijkerman, R. i Riper, H. (2013). Internet and computer based interventions for cannabis use: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 133(2). 295-304.
65. Titov, N., Andrews, G., i Sachdev, P. (2010). Computer-delivered cognitive behavioural therapy: effective and getting ready for dissemination. *F1000 Medicine Reports*. 49(2).

66. United Nations Office on Drugs and Crime (2019). World Drug Report. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
67. West, R. i Brown, J. (2013). Theory of Addiction, Second Edition. Oxford: John Wiley & Sons.
68. Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., i Walker, D. (2005). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 19(3). 211-228.
69. World Health Organization (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: World Health Organization.

Internetski izvori

70. ASAM (2011). Definition of addiction.
Dostupno na: www.asam.org/resources/definition-of-addiction. Pristupljeno dana 12.8.2019.
71. Ured za suzbijanje zlouporabe droga: Liječenje i psihosocijalni tretman.
Dostupno na: <https://drogeiovisnosti.gov.hr/ovisnosti-i-vezane-teme/podrucja-suzbijanja-ovisnosti/lijecenje-i-psihosocijalni-tretman/1006>. Pristupljeno dana 8.9.2019.
72. Morrissey, T. (2018). Mobile app helps patients struggling with addiction in primary care setting.
Dostupno na: www.med.wisc.edu/news-and-events/2018/february/mobile-app-alcohol-and-drug-use/. Pristupljeno dana 3.9.2019.
73. National Institute on Drug Abuse (2018). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition).
Dostupno na: <https://www.drugabuse.gov/node/pdf/675/principles-of-drug-addiction-treatment-a-research-based-guide-third-edition>. Pristupljeno dana 5.9.2019.
74. www.mstuk.org/about/about-1. Pristupljeno dana 1.9.2019.
75. <https://peartherapeutics.com/products/reset-reset-o/>. Pristupljeno dana 3.9.2019.
76. Smjernice za farmakoterapiju buprenorfinom.
Dostupno na: drogeiovisnosti.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Smjernice/Smjernice%20za%20farmakoterapiju%20buprenorfinom.pdf. Pristupljeno dana 16.8.2019.
77. Smjernice za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom.

Dostupno na: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231219_EN_HR01_Guidelines%20for%20methadone%20treatment-1.pdf. Pristupljeno dana 15.8.2019.

78. Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu (2014).

Dostupno na: drogeiovisnosti.gov.hr/djelokrug/ovisnosti-i-vezane teme/droge-i-ovisnost/publikacije/za-strucnjake/smjernice/smjernice-za-psihosocijalni-tretman-ovisnosti-o-drogama-u-zdravstvenom-socijalnom-i-zatvorskom-sustavu-2014/1165. Pristupljeno dana 8.9.2019.